



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Ursula LENSEELE

soutenu publiquement en juin 2011 :

Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant:

**étude d'une «grille d' évaluation de la qualité des
premiers liens» à la maternité Jeanne de Flandre**

MEMOIRE dirigé par :

LEMAÎTRE Véronique, pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille

Lille – 2011

A Riri, Fifi et Loulou et à leur père qui se reconnaîtront.

Remerciements

Merci à Yeelena grâce à qui j'ai compris pour la première fois toute la richesse du lien mère-enfant.

Résumé :

Ce travail a été entrepris avec pour objectifs :

-d'évaluer la capacité de repérage des difficultés d'instauration des premiers liens en maternité de la grille d'évaluation des interactions précoces, développée dans l'Unité de pédopsychiatrie périnatale coordonnée par le Dr Lemaître au CHRU de Lille.

-de déterminer l'influence d'un facteur comme – le risque - l'aspect dépressif maternel (baby-blues) sur les scores obtenus.

-d'évaluer l'acceptabilité de la grille dans un service de maternité.

-d'étudier l'intérêt de la grille dans le suivi lors d'hospitalisations à domicile (HAD) décidées pour soutien d'instauration des liens.

Il a été réalisé durant 3 mois à la maternité de Jeanne de Flandre. **Une puéricultrice et une sage-femme ont réalisé une double cotation qui a été comparée aux scores obtenus par les mêmes dyades à deux auto-questionnaires** : un questionnaire du lien mère-enfant (le MIB) et un questionnaire de « dépression », l'EPDS. La relation de ces scores et la reproductibilité inter-opérateurs ont ensuite été évaluées statistiquement.

A l'issue de la phase de recueil des données, **un questionnaire** interrogeant la perception de la sage-femme et de la puéricultrice sur la grille, son acceptabilité et la prise en compte des interactions précoces dans leur travail **a été rempli par les deux opératrices.**

Trois des dossiers ayant fait l'objet d'un suivi en HAD pour soutien d'instauration des liens sont étudiés, montrant l'intérêt de la grille comme outil d'objectivation des difficultés d'instauration des liens, en particulier dans la mise en place d'une HAD, dans son suivi et dans la prise de décision de l'interrompre.

Mots-clés :

dépistage, difficultés d'instauration des premiers liens, interactions précoces, maternité, grille, évaluation, HAD.

Abstract: This work was undertaken to:

- evaluate the ability of an early interactions assessment grid (developed in Perinatal Psychiatry Unit by Dr. Lemaitre at Lille CHRU) to identify the difficulties of establishing the first mother-child bonds at the maternity ward.
- determine the influence of a factor as the presence of maternal depression (baby blues) on scores.
- evaluate the acceptability of the grid in a maternity ward.
- study the interest of the grid in monitoring the hospitalization at home decided in order to enable the establishment of the mother-child bonds.

It was conducted for 3 months at the maternity Jeanne de Flandre. A nursery nurse and a midwife performed a dual listing that we compared to scores obtained by the same dyad in two self-questionnaires: the mother-infant bonding (MIB) and a questionnaire of "depression", the EPDS.

The relationship of these scores and the inter-operator reproducibility were evaluated statistically.

Following the data collection phase, a questionnaire asking their perception of the grid was completed by the two operators: nursery nurse and midwife.

Eventually, three cases of HAD patients are studied, showing the interest of the grid as a tool of objectification of the difficulties of establishing early interactions between mother and child.

Key words: mother-child bonds, early interactions, grid.

Table des matières

Introduction.....	11
1.Introduction.....	12
1.1.La nécessité d'une intervention précoce.....	12
1.2.Importance d'une intervention en maternité.....	12
1.3.Une grille basée sur la recherche en périnatalité.....	12
1.4.L'orthophonie : une discipline concernée par les troubles des interactions précoces.....	13
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	14
1.Travaux sur la prévention de la dépression du post-partum	15
1.1.Prévalence.....	15
1.2.Facteurs de risque.....	15
1.2.1.Causes spécifiques	15
1.2.2.Causes non spécifiques.....	15
1.3.Évaluation de la dépression post-natale: l'EPDS (annexe n°1).....	15
1.4.Un second outil : le MIB (annexe N°2).....	16
2.Travaux sur les compétences du bébé	16
2.1.Le NBAS : Outil de dépistage et d'intervention.....	17
2.2.Le concept de bébé à risque.....	17
2.3.Tempérament.....	18
3.Travaux sur l'attachement.....	19
3.1.La strange situation.....	19
3.2.Eléments prédicteurs du type d'attachement de l'enfant.....	20
3.3. Situations à risque pour l'attachement.....	21
3.3.1.La dépression post-natale (DPN).....	21
3.3.2.La prématurité.....	21
3.4.Les mesures de l'attachement chez l'adulte: l'Adult Attachment Interview.....	21
3.5.Transmission intergénérationnelle.....	22
4.Interactions mère-enfant.....	22
4.1.Trois types d'interactions.....	23
4.1.1. Les interactions comportementales	23
4.1.1.1.Les interactions corporelles.....	23
4.1.1.2.Les interactions visuelles	23
4.1.1.3.Les interactions vocales.....	23
4.1.2.Les interactions affectives	24
4.1.3.Les interactions fantasmatiques.....	24
4.2.Les troubles des interactions.....	24
4.3.Évaluation de l'interaction mère-enfant.....	26
4.3.1.L'échelle de Prague.....	26
4.3.2.Le GEDAN.....	26
4.3.3.La grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny.....	27
5.Les interactions précoces dans l'acquisition du langage.....	27
5.1.Une communication mère-enfant faite d'émotions.....	27
5.1.1. Une forme primitive d'échanges.....	27
5.1.1.1.La place des émotions.....	28
5.1.1.2.Prosodie et autres éléments supra-segmentaires.....	28
5.1.1.3.Imitation.....	29
5.1.1.4.Extraire des invariants.....	29

5.1.1.5.Mémorisation.....	29
5.2.Accordage affectif.....	30
5.2.1.La transmodalité.....	30
5.2.1.1.L'accordage affectif et la transmodalité.....	31
5.2.1.2.Caractéristiques de l'accordage.....	32
5.2.1.3.Transmodalité, DNP et orthophonie.....	32
5.2.2.La construction de l'intersubjectivité.....	33
5.2.2.1.Les neurones miroirs.....	34
5.2.2.2.Réparer les erreurs.....	35
5.3.Troubles des interactions précoces et langage.....	35
5.3.1.Facteurs de risque de la relation	35
5.3.2.Dépression du post-partum.....	36
5.3.2.1.Perturbation du fonctionnement cognitif.....	36
5.3.2.2.Attachement anxieux et troubles du comportement	36
5.3.2.3.Perturbation du lien.....	36
5.3.2.4.Les signes du côté du bébé.....	37
5.3.3.Attachement perturbé: Impact sur le développement de l'enfant.....	37
5.3.4.Prématurité.....	38
5.3.5.Handicap.....	38
5.3.5.1.L'exemple de la trisomie 21.....	39
5.3.5.2.L'exemple de la déficience visuelle.....	39
5.3.6.Carences familiales.....	40
5.3.7.Maltraitance.....	42
6.Repérer les difficultés d'instauration des premiers liens: la nécessité d'un outil.....	43
6.1.Le contexte.....	43
6.1.1.Réduction des temps de séjour en maternité.....	43
6.1.2.La HAD.....	43
6.2.La grille de Lille.....	44
6.2.1.Question de l'observation, place de la subjectivité : la méthode d'Esther Bick.....	45
6.2.2.Les items de la grille (annexe n°4).....	45
6.2.2.1.Item 1 : Lecture des besoins (par la mère)	46
6.2.2.2.Item 2: Bébé facile à comprendre	48
6.2.2.3.Item 3 : Qualité de la contenance et du holding.....	50
6.2.2.4. Item 4 : Bébé facile à calmer.....	52
6.2.2.5.Item 5 : Interpénétration des regards.....	53
6.2.2.6. Item 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée.....	54
6.2.2.7. Item 7 : Qualité du contexte familial	56
6.2.2.8. Item 8 : stabilité émotionnelle de la mère.....	57
6.2.3.Le contexte d'utilisation de la grille.....	57
6.2.4.La cotation: Analogie avec les échelles de mesure de la douleur.....	58
Sujets et méthodes.....	59
1.Objectifs.....	60
1.1.Évaluation de la grille	60
1.1.1.Évaluer la valeur diagnostique.....	60
1.1.2.Étudier un des facteurs pouvant influencer les scores obtenus à la grille	60
1.2.Intérêt de la grille dans les pratiques en maternité.....	60
1.2.1.Reproductibilité inter-opérateurs.....	60

1.2.2.Mesure de l'acceptabilité de la grille.....	61
1.3.Intérêt de la grille dans les pratiques lors du suivi en HAD.....	61
2.Méthodologie.....	61
2.1.Critères d'inclusion :.....	61
2.2.Critères d'exclusion.....	62
2.3.Recueil des données :.....	62
2.3.1.auto-questionnaires.....	62
Aspects éthiques	62
2.3.2.Cotation de la grille.....	63
2.3.3.Questionnaire d'acceptabilité.....	63
2.3.4.Suivi de HAD.....	63
2.3.5.Outils	64
2.3.5.1.Le questionnaire MIB (annexe n° 2).....	64
2.3.5.2.L'EPDS, questionnaire de dépression (annexe n° 1).....	65
2.3.5.3.La grille d'évaluation des interactions précoces (annexe n°4).....	65
Résultats.....	67
1.Analyses statistiques.....	68
1.1.Population.....	68
1.2.Données.....	68
1.3.Calcul de la reproductibilité inter-opérateurs.....	75
1.4.Validation externe.....	76
1.5.Mesure de l'influence de la variable dépression.....	77
2.Évaluation de l'intérêt de la grille dans les pratiques en maternité.....	78
2.1.Questionnaires d'acceptabilité de la grille.....	78
2.2.Réponses.....	79
3.Évaluation de l'intérêt de la grille dans les pratiques lors du suivi des HAD..	82
3.1.Abel A.....	83
3.1.1.L'histoire d'Abel A. et de sa mère.....	83
3.1.1.1.Le contexte autour de la naissance (J0).....	83
3.1.1.2.Rencontre avec la psychologue et la puéricultrice du service de périnatalité (J5).....	84
3.1.1.3.Mise en place d'une HAD pour soutien d'instauration des liens (à partir de J8).....	85
3.1.1.4.Admission en centre maternel (J24).....	86
3.1.1.5.A 3 mois.....	86
3.1.2.Les grilles d'Abel A. et de sa mère.....	87
3.2.Ilies.....	88
3.2.1.L'histoire d'Ilies et de sa maman.....	88
3.2.1.1.En maternité.....	88
3.2.1.2.J9.....	89
3.2.1.3.Un état de sevrage affectif (J11).....	90
3.2.1.4.La prise en charge en HAD (à partir de J13).....	92
3.2.2.Les grilles d'Ilies et de sa mère.....	93
3.3.Abel B.....	94
3.3.1.L'histoire d'Abel B. et de sa mère.....	94
3.3.1.1.Violence conjugale, risque de syndrome de sevrage et isolement: le contexte autour de la naissance.....	94
3.3.1.2.A la maternité.....	94
3.3.1.3.A J8.....	95
3.3.1.4.La décision d'une HAD.....	96

3.3.1.5. Après la HAD: un étayage toujours important.....	96
3.3.1.6. A 4 mois.....	96
3.3.2. Les grilles d'Abel B. et de sa mère.....	98
Discussion.....	99
1. Le contexte.....	100
2. Interprétation des résultats.....	101
2.1. Reproductibilité inter-opérateurs.....	101
2.1.1. Deux vécus très différents.....	101
2.1.2. Ces facteurs pouvant justifier la différence de perception de la grille et de l'étude peuvent-ils expliquer les différences de cotation ?.....	102
2.1.3. La constitution de l'échantillon.....	102
2.2. Validation externe.....	103
2.2.1. Le choix du MIB comme outil de comparaison.....	103
2.2.2. Que mesure le MIB ?.....	104
2.3. Évaluation de l'influence de la dépression post-natale ou du baby-blues (EPDS)	105
2.4. « Acceptabilité » de la grille et insertion dans les pratiques en maternité.....	106
2.5. Utilité de la grille dans le suivi des couples mères-enfant en périnatalité et en HAD.....	107
2.5.1. Les grilles et l'évolution des interactions entre ABEL A. et sa mère	107
2.5.1.1. Reprise des éléments du dossier.....	107
2.5.1.2. Évolution des scores le temps de la HAD.....	108
2.5.1.3. Suivi post-HAD.....	109
2.5.2. Les grilles et l'évolution des interactions entre ILIES et sa mère.....	109
2.5.2.1. Reprise des éléments du dossier.....	109
2.5.2.2. Suivi avant et pendant la HAD.....	111
2.5.3. Les grilles et l'évolution des interactions entre ABEL B. et sa mère	112
2.5.3.1. Reprise des éléments du dossier.....	112
2.5.3.2. Suivi HAD.....	112
2.5.4. Une grille adaptée à des situations déficitaires.....	114
3. Limites de notre étude.....	114
4. Perspectives.....	115
4.1. Mesurer le lien ?.....	116
4.2. L'intérêt d'une grille d'observation.....	116
4.3. les perspectives en HAD.....	117
5. Intérêt de l'intervention précoce.....	118
5.1. Enfants en situation de handicap.....	118
5.1.1. Les Compétences socles.....	119
5.1.2. Accompagnement parental.....	120
5.2. Carences psychosociales : l'exemple d'un programme de l'OMS.....	121
5.3. Mères déprimées : des exemples d'action.....	123
5.3.1. Efficacité du soutien à domicile.....	124
5.3.2. Intérêt d'une échelle d'observation.....	124
Conclusion.....	126
Bibliographie.....	130
Annexes.....	139
Annexe n°1 : EPDS	140
Annexe n°2 : MIB.....	142
Annexe n°3 : Sorties précoces : critères (ANAES, 2004).....	143

Annexe n°4 : Grille d'évaluation des interactions précoces.....	148
Annexe n°5 : document complétant la grille d'évaluation des interactions précoces	149
Annexe n°6 : Questionnaire d'acceptabilité.....	151

Introduction

1. Introduction

1.1. La nécessité d'une intervention précoce

L'anamnèse des troubles graves du développement et de la personnalité laisse très fréquemment apparaître des particularités émotionnelles dans l'établissement des premiers liens parents-enfants (M. Bienfait, 2008). Au niveau national, la nécessité d'une intervention très précoce permettant le dépistage puis la mise en place d'actions de remédiation s'est donc imposée au fil de l'acquisition des connaissances sur l'interaction mère-enfant. Veiller au lien mère-enfant fait ainsi partie des nouvelles missions de santé publique.

1.2. Importance d'une intervention en maternité

Pourtant, un faible pourcentage d'enfants maltraités est dépisté en dépit de leur passage en milieu pédiatrique, alors que de nombreux signes de carence maternelle sont déjà présents et notés dès le séjour en maternité. Le rôle des maternités dans la prévention de la maltraitance est donc crucial. Celles-ci manquent toutefois d'outils de repérage de signes de difficultés d'instauration des interactions, qu'ils soient massifs ou pas.

1.3. Une grille basée sur la recherche en périnatalité

La grille d'évaluation des interactions précoces a été élaborée par l'équipe de périnatalité de Lille pour repérer les perturbations des interactions précoces mère-enfant dans le temps très court du séjour en maternité, puis suivre et évaluer ces mêmes interactions lors des hospitalisations à domicile décidées en post-partum pour trouble du lien mère-enfant.

La grille souhaite faire la synthèse des connaissances apportées par les travaux menés en périnatalité sur la compréhension du bébé, de sa mère et surtout des interactions mère-enfant dans les premiers jours de vie. Historiquement, les travaux en périnatalité se sont d'abord centrés sur la prévention de la dépression du post-partum. Ils ont ensuite intégré les résultats des travaux ayant abouti à la mise en évidence des compétences du bébé et à ceux portant sur la mise en place des liens d'attachement.

1.4. L'orthophonie : une discipline concernée par les troubles des interactions précoces

Si les difficultés d'instauration des interactions précoces concernent la période préverbale, elles ont des répercussions à distance sur le développement de l'enfant, y compris langagier.

Psychanalyse, psychologie du développement et neurosciences permettent aujourd'hui de mieux comprendre sur quel socle affectif et cognitif le langage va progressivement se construire ou, au contraire, avoir des difficultés à se mettre en place. Ces travaux ont été menés parallèlement à ceux développés dans l'approche interactionniste en linguistique qui met en avant le fait que l'enfant n'apprend pas à parler seul. Ainsi, pour **Jérôme Bruner, la compétence à communiquer s'apprend d'abord dans la famille** dès les premiers moments de vie, intéressant ainsi l'orthophonie, que ce soit dans une pratique très précoce ou dans la compréhension ultérieure de symptômes.

Le travail réalisé dans le cadre de ce mémoire vise à valider la grille élaborée par le Dr Lemaître dans le service de périnatalité du CHR de Lille, à observer l'intérêt que présente son utilisation dans le suivi des hospitalisations à domicile pour trouble d'instauration du lien et à interroger les liens entre interactions précoces et langage.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Travaux sur la prévention de la dépression du post-partum

1.1. Prévalence

Selon les auteurs, la prévalence de la dépression post-natale serait comprise entre 5% (Brockington et al., 2006) et 13% (Guedeney N. et Jeammet P., 2001) ce qui en fait un problème de santé publique important. Le 1er pic de survenue de la dépression post-natale se produirait aux alentours de la 6ème semaine après l'accouchement.

1.2. Facteurs de risque

1.2.1. Causes spécifiques

Les bouleversements liés à la grossesse puis à la naissance fragiliseraient le psychisme de la mère, la prédisposant à une pathologie dépressive.

1.2.2. Causes non spécifiques

Il s'agirait de la présence de troubles psychiatriques antérieurs, d'épisodes dépressifs préalables et d'histoire familiale de dépression. La qualité du fonctionnement de couple et le soutien par le mari apparaissent, par ailleurs, comme des prédicteurs fiables. On peut y ajouter **l'absence de facteurs protecteurs** (Guedeney et al., 2000) tels que l'existence **de personnages significatifs féminins de l'entourage (familial ou amical) et d'aide pratique.**

1.3. Évaluation de la dépression post-natale: l'EPDS (annexe n°1)

Du côté de la mère, figurent parmi les signes de gravité de la DPN : l'intensité de l'état dépressif maternel, la présence d'idées suicidaires, un ralentissement psychomoteur important, qui gêne considérablement les fonctions de maternage. Ces signes sont mis en évidence par un outil, l'EPDS (Echelle de dépression Post-natale d'Edimbourg, Cox et al, 1987, traduit et validé en français par Guedeney et Fermanian, 1998).

Ce questionnaire de dépression comprend 10 items (cotation de 0 à 30). Il a été montré que l'EPDS initialement prévue pour le dépistage des dépressions du post-partum, permettait de repérer les mères ayant un risque élevé de développer ultérieurement une dépression du postpartum. (Hannah et al cité par Chabrol et al., 2003). Il permet le dépistage, dans les premiers jours du post-partum, des **sujets à risque de dépression** et celui des mères déprimées dans les semaines et les mois suivants. Cet outil peut donc être utilisé en maternité mais s'adresse uniquement à la mère et n'analyse pas les signes éventuels adressés par le bébé.

Le risque dépressif, identifié, s'est traduit par l'accompagnement plus soutenu de la maman mais pas du bébé.

Malgré l'existence d'un tel outil et malgré leur fréquence, les dépressions post-natales restent sous-diagnostiquées et sous-traitées. Or, ces dépressions maternelles peuvent avoir des conséquences très lourdes sur le développement du bébé aux niveaux affectif, cognitif (Murray, 1996) et sur l'instauration d'une relation mère-enfant harmonieuse.

1.4. Un second outil : le MIB (annexe N°2)

En se basant sur l'étude de Kumar (2001 pour une version française) qui s'intéressait aux troubles du bonding (le bonding désignant le lien de la mère vers l'enfant, en opposition à l'attachement qui suppose de la réciprocité), Taylor (Taylor et al, 2005) a développé un autoquestionnaire, le MIB (Mother Infant Bonding questionnaire). **L'objectif du MIB est de dépister l'existence de problèmes dans le sentiment maternel**, initialement dans un but de recherche, puis dans une utilisation clinique.

Le MIB compte 8 items, censés évaluer les sentiments de la mère envers son bébé. Les scores vont de 0 à 24, un score élevé mettant en évidence l'existence d'un trouble du lien mère-enfant. Ce questionnaire est court et simple, il peut être utilisé immédiatement après la naissance et/ou après une brève période rétrospective.

2. Travaux sur les compétences du bébé

Avec les travaux sur les compétences du bébé, le rôle du bébé dans la relation mère-enfant va désormais être pris en compte. La mère n'est plus seule, responsable de la

relation, le bébé montre qu'il dispose de compétences, avec lesquelles il peut communiquer. Ces travaux ont ouvert un pan de recherches sur les différences interindividuelles entre bébés et sur la notion de tempérament.

2.1. Le NBAS : Outil de dépistage et d'intervention

T. B. Brazelton, pédiatre anglais, a joué un rôle majeur dans la mise en évidence des compétences du nouveau-né grâce notamment à l'élaboration d'une échelle d'évaluation des compétences, le NBAS (Neonatal Behavioural Assessment Scale). Le NBAS consiste en un examen d'une trentaine de minutes du nouveau-né jusqu'à l'âge de 30 jours, selon 7 axes. Il repose sur la mise en évidence des compétences du bébé, faisant ainsi la démonstration de la contribution du nouveau-né au système parent-enfant.

Le NBAS se révèle ne pas être seulement un outil d'évaluation. Sa passation pourrait selon de nombreux auteurs jouer un rôle positif auprès des nouveau-nés et de leurs familles (G.C Britt, B.J.Myers,1994). La démonstration des capacités des nourrissons entraînerait, en effet, une modification de la perception des compétences de leur enfant par les parents, ce qui engendrerait une modification de leur comportement. L'engagement du parent lors de la passation serait essentielle. Une seconde version du NBAS, l'APIB (assessment of premature infant behavior) a été développée pour être utilisée auprès d'enfants prématurés (Als et al., 1982).

Pour Marjorie Bienfait (2008), ce n'est qu'en corrélant la NBAS avec des données environnementales qu'on peut avancer des prédictions sur l'avenir développemental du bébé.

2.2. Le concept de bébé à risque

Ses travaux ont conduit Terry B. Brazelton à développer le concept de «bébé à risque» : bébé prématuré, enfant exposé à des toxiques, souffrant d'anomalie congénitale ou ayant subi une naissance traumatique. Les compétences de ces bébés peuvent être altérées comme les premiers mouvements d'identification des parents au bébé ce qui rend les premiers échanges plus difficiles.

Pour Brazelton, le comportement des nouveaux-nés à risque est différent de celui des nourrissons nés à terme et en bonne santé qui vont pouvoir s'adapter

rapidement à l'environnement extra-utérin. **Ces nouveau-nés à risque présenteraient par exemple un sommeil pauvre, une difficulté à adopter un tonus relâché...** (T. B. Brazelton, J. K. Nugent, 1995). **Ce comportement difficile à interpréter engendrerait une sous-stimulation de la part de parents désireux d'épargner leur nourrisson fragilisé.** Face aux non-réponses de leur enfant, les parents peuvent par ailleurs se sentir rejetés et se trouver eux-même fragilisés.

Pour André Bullinger (2004), une très large partie des ressources de plasticité du bébé souffrant de déficit, est utilisée pour contourner ou dépasser ce déficit. **Le bébé qui « s'écarte des attentes typiques de son milieu », n'a plus les ressources pour le satisfaire.**

L'attention nouvelle portée au comportement du bébé a ouvert de nouvelles possibilités de soutien du bébé dans l'instauration des premiers liens. Toutefois, dans la pratique clinique, le NBAS n'est pas toujours croisé avec le repérage du risque dépressif de la mère. Par ailleurs, dans la NBAS, l'interaction comportementale de la dyade n'est pas évaluée (Sulcova E., 2001).

2.3. Tempérament

Les travaux de T.B. Brazelton ont mis en évidence l'existence de nombreuses différences interindividuelles à la naissance, relançant la question du tempérament et notamment de l'irritabilité du nourrisson.

L'irritabilité est définie comme « la tendance d'un nouveau-né à réagir à la moindre stimulation, à entrer facilement et intensément dans un état de détresse difficilement calmable ». A la naissance, les parents de ces bébés ne diffèrent pas de ceux de bébés plus faciles (Pierrehumbert B.,2003). **En revanche, le comportement de ces bébés pourrait parfois jouer un rôle dans la survenue ou la persistance de la dépression maternelle.** Ces bébés induiraient, en effet, des soins quotidiens plus difficiles et par conséquent une diminution des temps d'engagement interpersonnel (S. Lebovici et Stoléru, 1983) Face à un bébé très irritable, une mère peut d'abord réagir par un mouvement dépressif puis par des sentiments d'impuissance pouvant aller jusqu'au rejet du bébé (Murray, 1998, cité par Lamour M., 2004) Les mères de bébés irritables auraient tendance de façon significative à être plus déprimées, à six

semaines du post-partum, que celles dont les bébés ne sont pas irritables, (Murray, 1995, cité par Ayissi L. et Hubin-Gayte M., 2006).

3. Travaux sur l'attachement

La Théorie de l'Attachement a été développée par John Bowlby (Bowlby, 1969). La théorie de Bowlby intègre les connaissances de l'éthologie. Selon Bowlby, **l'attachement serait un besoin social primaire non réductible à la satisfaction de besoins physiologiques autres**, tels que l'alimentation, et perdurerait durant toute la vie. Le petit enfant serait programmé biologiquement pour développer une relation fondamentale marquée par la proximité physique avec une personne afin d'assurer sa survie, en raison de son immaturité. Dans cette perspective, cris, agrippement, foussement, exploration visuelle, contact par le regard seraient des comportements qui favoriseraient l'« attachement ».

John Bowlby distinguera 4 phases d'attachement, celle comprise entre 0 et 2 mois étant dite de préattachement. Dans cette phase, le bébé enverrait des signaux de façon indifférenciée selon les personnes.

Il est traditionnellement considéré que la théorie de l'attachement s'intéresse au présent et aux relations effectives, sans tenir compte du fantasme en opposition à la psychanalyse, fondée sur la représentation interne des objets (Pierrehumbert, 2003).

Toutefois, selon Pierrehumbert, ces travaux ont postulé les premiers l'existence d'un travail psychique lors de la séparation et ont démontré que l'amour porté au tout-petit n'était pas un obstacle à son autonomie.

3.1. La strange situation

Par la suite, Mary Ainsworth (1978) a développé une situation expérimentale d'une vingtaine de minutes, la strange situation, qui conduit à proposer l'existence de différents types d'attachement du nourrisson de 1 an à une figure privilégiée, le plus souvent sa mère.

Durant cette évaluation, l'enfant est séparé pendant quelques minutes de sa mère, et l'observateur relève ses réactions, ses interactions lors de la séparation, de l'absence puis des retrouvailles avec sa mère.

L'auteur décrit alors **trois grands types d'attachement** :

-**l'attachement sûr ou secure** : l'enfant lors des retrouvailles recherche la proximité de sa mère pour retrouver sécurité et confiance ;

-**l'attachement insecure** ou anxieux avec deux sous-groupes, **l'attachement anxieux «résistant ou ambivalent** » d'un nourrisson qui lors des retrouvailles va alterner des comportements de retrait et de rapprochement avec sa figure d'attachement, et **l'attachement anxieux « évitant** » marqué par des comportements d'évitement de l'enfant vis-à-vis de sa mère.

Un 4ème type sera proposé plus tard par Mary Main: **l'attachement désorganisé**. Ces enfants ne parviennent pas à utiliser leur mère pour réguler leurs émotions et comportements. Lors d'une procédure de séparation-réunion, ils sont apeurés et confus à l'approche de leur mère (Main et Solomon, 1990).

3.2. Eléments prédicteurs du type d'attachement de l'enfant

La sensibilité de la mère aux signaux de l'enfant semble être une caractéristique essentielle dans le développement d'un attachement secure. Elle est définie par Mary Ainsworth comme la **capacité de la mère (ou du parent) à percevoir et à interpréter correctement les signaux des enfants et à y répondre rapidement et adéquatement**. Le parent se montre alors prévisible, capable d'un partage d'affects et présente une synchronie dans les échanges (Pierrehumbert B., 2003). A l'inverse, les mères qui montrent des difficultés d'ajustement (pauvreté des réponses, manque de disponibilité, manque de sensibilité, indifférence) risquent de provoquer le développement d'un attachement anxieux chez leur enfant. Il peut s'ensuivre un déphasage affectif ou temporel.

Seul l'attachement désorganisé est prédictif, statistiquement, de troubles psychopathologiques ultérieurs.

3.3. Situations à risque pour l'attachement

3.3.1. La dépression post-natale (DPN)

Moehler E. et al. (2006) rapportent qu'une microanalyse des relations mère-enfant a révélé un manqué de synchronie avec des latences de réponse vers l'enfant augmentées dans le contexte d'une dépression maternelle.

3.3.2. La prématurité.

Une revue de Nicole et al. (2001) laisse apparaître que sur 12 études évaluant la strange situation chez des enfants prématurés, 8 ne montreraient pas de différence concernant les types d'attachement par rapport au groupe témoin constitué de bébés nés à terme. Une étude plus récente viendrait tempérer ces résultats avec **51% de bébés prématurés développant un attachement sécure contre 65% dans le groupe témoin** (Gutbrod. et al, 2002, cité par Pierrehumbert, 2003).

Se dessine ainsi l'existence d'une période sensible pour la qualité de l'attachement entre 0 et 1 an qui pèsera lourd sur le type d'attachement tout au long de la vie. Les formes d'attachement adulte sont explorées par un outil développé sur la base de la théorie de l'attachement.

3.4. Les mesures de l'attachement chez l'adulte: l'Adult

Attachment Interview

L'objectif de l'Adult Attachment Interview (AAI) issu des travaux de la psychologue Mary Main est de « fournir un accès » à ce que Bowlby appelle les modèles internes opérants (George C. et al., 1985).

L'AAI se présente sous la forme d'un entretien semi-dirigé, et explore l'attachement adulte. Il vise à cerner l'"état d'esprit" de la personne à l'égard des expériences relationnelles de son enfance. Il s'agit d'un entretien long et pour lequel une formation s'impose du fait d'une cotation complexe (dont le manuel n'est pas publié). A l'issue de cet entretien, diverses catégories de représentations d'attachement peuvent être attribuées à la personne : les personnes « sécures-autonomes », les personnes « détachées » (dismissing), les personnes « préoccupées » (enmeshed ou preoccupied), les personnes appartenant à la catégorie (unresolved) irrésolu / désorganisé (cette catégorie vient se greffer sur l'une des trois premières).

3.5. Transmission intergénérationnelle

Si plusieurs travaux ont laissé penser l'existence d'une transmission d'une génération à l'autre des comportements d'attachement, celle-ci se trouve, en partie, remise en doute aujourd'hui (voir arguments in Pierrehumbert, 2003).

Par ailleurs, la théorie de la transmission intergénérationnelle ne prend pas en compte la possibilité d'une influence de l'enfant sur la personne qui prend soin de lui et dont on sait aujourd'hui qu'elle joue un rôle important. La qualité des soins parentaux bien qu'essentielle serait insuffisante à expliquer à elle seule les répétitions d'une génération à l'autre.

Selon Serge Lebovici et Serge Stoleru (1983), Bowlby estima lui-même que les relations d'attachement sont définies par l'équilibre interactif d'un système. Cette prise en compte de la bidirectionnalité dans la relation mère-enfant est devenue la base théorique des travaux sur les interactions précoces qui s'intéressent aux comportements permettant une influence réciproque.

4. Interactions mère-enfant

Les découvertes sur les compétences du nourrisson dans la seconde moitié du XXème siècle ont permis de prendre la mesure de la contribution que le bébé pouvait apporter à la relation mère-enfant. « *L'accent n'est plus tant mis sur la nature des comportements du bébé ou sur la nature des conduites de la mère (...) que sur le lien entre le comportement du nourrisson, conçu comme communication, et la réponse de la mère, et vice versa* » (Lebovici et al., 1983).

Dans l'interaction parent-nourrisson, le nourrisson est soumis aux influences des parents mais il est aussi à l'origine de modifications chez eux.

Évaluer les interactions mère-enfant revient alors, selon Lebovici et Stoleru à répondre aux questions : **Chaque partenaire perçoit-il les messages de l'autre ? En tient-il compte ? Comment les prend-il en compte et comment affectent-ils son propre comportement et ses propres attitudes ?**

4.1. Trois types d'interactions

On décrit classiquement trois grands types d'interactions entre enfant et figure d'attachement:

4.1.1. Les interactions comportementales

Il s'agit de l'ensemble des échanges directement observables entre la mère et son bébé :

4.1.1.1. Les interactions corporelles

Le contact physique permet au bébé de différencier précocement le soi et le non soi dans la distinction toucher et être touché. C'est ce que Winnicott illustre avec les concepts de holding et de handling qui, selon lui, favoriseraient l'émergence d'un sentiment de sécurité et un sentiment continu d'exister

Ajuriaguerra a baptisé dialogue tonique ces ajustements corporels spontanés qui caractérisent une interaction de qualité et seraient le prélude au dialogue verbal ultérieur (Ajuriaguerra et al., 1962). Pour Bullinger, lors du dialogue tonique, l'adulte métabolise les variations toniques qui pourraient désorganiser l'enfant et donne du sens à ces signaux. Ce mode de régulation, dans l'interaction, suppose que l'enfant soit équipé pour susciter et recevoir les signaux propres à ce dialogue et que le milieu soit susceptible de produire les signaux ajustés.

4.1.1.2. Les interactions visuelles

Le contact œil-œil est important dans la formation du lien précoce car il contribue grandement à l'émergence du sentiment de maternalité et à la construction psychique du bébé.

4.1.1.3. Les interactions vocales

Il s'agit, notamment, de la capacité de la mère à attribuer une signification aux cris du bébé, pour, en apportant une réponse adaptée, faire cesser les pleurs. Cette capacité participe à la naissance d'un sentiment de sécurité de l'enfant. On entend par interactions vocales la façon dont la mère s'adresse au bébé mais aussi les cris et les pleurs du bébé qui constituent un véritable "cordon ombilical acoustique". Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à

agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. **Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction**. Le ressenti des parents dépend de la durée et de la fréquence des pleurs, ils peuvent aussi provoquer un sentiment d'incompétence chez leurs parents.

Les mères, quant à elles, vont utiliser le *mamanais* ou « parler bébé » (*motherese*, en anglais) pour s'adresser au nourrisson. Le bébé est influencé par la prosodie du langage: le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu du discours, inaccessible à sa compréhension. Le « parler bébé » (simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre) selon Stern est adapté à l'âge de l'enfant. Ainsi, chez le nouveau né, les pauses silencieuses sont plus longues que l'émission langagière, le rythme est régulier, en phase avec celui du bébé.

4.1.2. Les interactions affectives

Elles découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Pour Donald Winnicott, les soins maternels présupposent l'identification de la mère au nourrisson c'est-à-dire que la mère dispose d'une capacité particulière d'empathie qui lui permet de savoir ce dont le nourrisson a besoin. C'est la **préoccupation maternelle primaire**. La mère a, selon Winnicott, fonction de miroir. Après quelques temps, en regardant le visage de la mère, le nourrisson pourra y reconnaître l'expression de son visage à lui. Toutefois, il n'est pas toujours facile pour la mère de jouer ce rôle. Dans ce cas, la capacité créative de l'enfant s'atrophie, le début d'un échange avec le monde extérieur n'est pas possible (Golse, 2008).

4.1.3. Les interactions fantasmatiques

L'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, est à l'origine de ce type d'interactions qui font appel à la propre histoire des parents et à leurs relations avec leurs propres images parentales.

4.2. Les troubles des interactions

L'adaptation du niveau de stimulation aux capacités d'excitation et d'attention du nourrisson par le parent sont le moteur de l'harmonie interactionnelle.

Afin d'intégrer l'expérience vécue, le bébé a besoin de se retirer régulièrement et transitoirement de l'interaction, un comportement que la mère, lorsqu'elle le peut, accueille avec tolérance et respect. Dans le cas inverse, les interactions risquent d'être dysharmonieuses.

Dans une perspective dite synchronique, qui considère les interactions à un moment donné, trois grands types de perturbations de l'interaction ou dysfonctionnement interactifs précoces sont décrits :

- l'excès de stimulations,
- le manque de stimulations,
- leur caractère paradoxal, brouillant la communication.

Chaque interaction est singulière car le registre d'attention et d'éveil est spécifique à chaque nourrisson. Un même niveau de stimulation peut convenir à un nourrisson donné, constituer un excès de stimulation pour un autre dont le seuil de perception ou de tolérance est bas et qui va se montrer hyperexcitable. A l'inverse, il constitue une hypostimulation chez un nourrisson plus calme qui a besoin de beaucoup de sollicitations.

Le caractère excessif ou insuffisant des stimulations peut provenir :

-de la mère : hyperenthousiaste, ou manifestant une hypersollicitation anxieuse, ou à l'inverse déprimée, ou ayant des comportements d'évitement phobiques, ou bien délaissant l'enfant,

-du bébé : hypersensibilité innée ou à l'inverse hyporéactivité.

Dans une évaluation diachronique des interactions, c'est-à-dire en étudiant l'évolution des interactions dans le temps, il faut observer la **stabilité du mode interactif** ou au contraire l'**aspect fluctuant des perturbations de l'interaction**, avec soit une alternance de périodes d'hypostimulation et de périodes d'hyperstimulation, soit une incohérence du mode évolutif.

La mère ou le parent peut toutefois percevoir les erreurs d'ajustement et les corriger. Cette réparation apporte au bébé l'expérience d'une interaction régulée et réparable. A l'inverse, le bébé peut lui aussi réparer les perturbations de l'interaction, ce qui aura un impact très positif sur la construction de son narcissisme (Lemaître V., 1998)

Lorsque les rythmes d'interaction divergent de manière plus durable et répétée, Stern parle de « faux pas dans la danse ».

4.3. Évaluation de l'interaction mère-enfant

4.3.1. L'échelle de Prague

L'échelle de Prague est un outil, issu d'une méthode d'observation de l'interaction lors de l'allaitement au sein ou au biberon développée par Eva Sulcova. L'échelle a été conçue pour la recherche mais a montré une capacité à soutenir les accouchées. Elle est applicable pendant le 1er mois de vie du bébé. L'observation concerne le comportement spontané de chaque dyade mère-nouveau-né (Hays M-A., 2001).

L'observateur se rend auprès de la mère et du bébé et n'interfère pas activement sur l'échange qui se construit sous ses yeux.

L'échelle comporte 26 items comportementaux (état de vigilance du bébé avant allaitement...), plusieurs items sur la qualité des émotions du nouveau-né et des items sur l'impact émotionnel suscité chez l'observateur.

4.3.2. Le GEDAN

Le guide pour l'évaluation du dialogue adulte-nourrisson ou GEDAN, élaboré en 1992 par Yves de Roten et Elisabeth Fivaz-Depeursinge, présente une approche systémique des interactions. Il considère la dyade en tant que telle mais aussi les contributions de la mère et de l'enfant, les données subjectives et objectives.

Il est destiné en priorité au chercheur-clinicien familial avec l'interaction précoce. (Glatigny-Dallay E., 2005). Élaboré pour les enfants âgés de cinq à six semaines jusqu'à six mois, c'est un outil qui utilise la vidéo.

4.3.3. La grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny

La grille dite « de Bobigny » est largement utilisée, particulièrement (Bur V. et al., 1989) dans les unités d'hospitalisation mère–enfants. Elle a, par ailleurs, été conçue pour être utilisée lors d'une consultation de nourrisson en PMI à l'issue de laquelle elle est remplie par le personnel. Elle permet un screening portant sur le développement psychologique et somatique de l'enfant (examen physique général, neurologique et moteur), les grandes fonctions (alimentation, sommeil) ainsi que les interactions. Il existe quatre grilles suivant l'âge de l'enfant : deux à trois mois, onze à treize mois, deux et trois ans. Les interactions mère–nourrisson sont observées dans la salle d'attente et sont réparties en quatre dimensions : les interactions corporelles, visuelles, vocales et les sourires, le tout du côté du bébé et du côté de la maman.

Ces grilles présentent l'avantage d'être plus rapides et plus aisées qu'un enregistrement vidéo. Elles sont toutefois trop longues, nous semble-t-il, pour une utilisation routinière en maternité.

5. Les interactions précoces dans l'acquisition du langage

Nous avons, dans un premier temps, choisi de décrire la filiation entre des interactions « suffisamment bonnes » et l'apparition d'un langage harmonieux.

5.1. Une communication mère-enfant faite d'émotions

5.1.1. Une forme primitive d'échanges

Dès la naissance, mère et enfant communiquent. L'interaction mère–nourrisson apparaît comme un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains messages tandis que le nourrisson à son tour répond à sa mère à l'aide de ses propres moyens. Cette interaction apparaît ainsi comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échanges. « Dans cette « conversation » entre la mère et le bébé, les mots et les phrases sont remplacés, souvent chez la mère, toujours chez le jeune nourrisson, par des messages extra-verbaux : gestes, vocalisations, sourires...»(Lebovici S., Stoleru S., 1983) Le bébé apprend donc d'abord à communiquer avant d'apprendre à parler.

Pour le psychologue Jérôme Bruner aussi, les intentions communicatives semblent être présentes dès le départ chez le bébé (Bruner J. cité par Marcos H., 2000). Des formes élémentaires d'action coopérative se retrouvent, en effet, très précocement chez le nourrisson comme, par exemple, la poursuite de la direction du regard de l'adulte qui est en face de lui.

5.1.1.1. La place des émotions

Pour Lebovici et Stoleru mais aussi pour Stern, ce qui est véritablement communiqué entre parent et enfant au cours des 1ers mois de la vie est représenté essentiellement par les affects de chaque partenaire à chaque instant de l'interaction (Lebovici S., Stoleru S., 1983, Stern, 1989). Toutes les expériences significatives du nourrisson s'inscrivent dans ce que Stern appelle l'interaffectivité. Comment se fait une telle communication émotionnelle ?

5.1.1.2. Prosodie et autres éléments supra-segmentaires

Bernard Golse (2006) distingue la communication analogique, encore appelée préverbale, de la communication digitale, ou verbale. La première est supportée par l'hémisphère droit, la seconde, par le gauche. La première concerne la transmission non verbale de messages de type affectifs, la seconde, la transmission verbale de messages de type conceptuel par le biais des mots, des phrases... Toutefois, comme le souligne l'auteur, chez l'enfant plus grand ou même chez l'adulte, les deux communications sont intriquées, on ne se détache pas de la première pour atteindre la seconde. Ainsi, dans la chaîne parlée on trouverait contenu -les éléments de l'énoncé que sont les phonèmes, monèmes, syllabes, mots, phrases- et contenant avec les règles de l'énonciation -la grammaire- et la « musique » du langage ou éléments suprasegmentaires que sont la prosodie, le timbre, l'intensité. Ces éléments suprasegmentaires qui situent du côté de la communication analogique sont déterminants dans le langage car ils véhiculent la partie émotionnelle du langage. C'est à cette forme de communication que serait d'abord sensible le bébé. « Pour entrer dans l'ordre du langage, le bébé, écrit Bernard Golse, a besoin non pas de savoir, mais d'éprouver et de ressentir profondément que le langage de (...) sa mère le touche et l'affecte, et que celle-ci est affectée et touchée en retour par ses émissions vocales à lui. »

5.1.1.3. Imitation

L'imitation serait la base de l'interaffectivité et de l'intersubjectivité car la capacité qu'aurait le bébé d'imiter les gestes du visage de l'adulte l'amènerait à expérimenter le même état émotif que sa mère (Belinchon, 1992 cité par Chevrié-Muller et Narbona, 2007). Ainsi, selon Dan Stern (1989), « *pour que le nourrisson sache que la mère sent pareil que lui, la mère offre des imitations plus ou moins proches du comportement immédiat du nourrisson* ». L'imitation serait ainsi un facteur clé de la communication mère-enfant.

Selon Jacqueline Nadel, parce qu'il est capable d'imiter des congénères, le bébé est capable d'utiliser un système de communication sans mot. Par ailleurs, pour cet auteur, « *l'imitation se développe si l'on s'en sert et la communication avec elle* ». (Nadel, 2005)

5.1.1.4. Extraire des invariants

Les imitations proposées par la mère ne reproduisent pas strictement le modèle mais laissent place à de légères variations. Le nourrisson, dont une des activités est de catégoriser les stimuli en « *pareil pas pareil* », va pouvoir tirer parti de ces variations. En effet, au fil des présentations, il va dégager des invariants, sorte de noyau dur, des imitations et répétitions qui lui sont offertes.

Le bébé va ainsi pouvoir « *constituer un ensemble de perceptions légèrement variées du même élément linguistique* » et extraire, sur le plan linguistique, une forme abstraite de ces phonèmes.

5.1.1.5. Mémorisation

Cette extraction des invariants nécessite la mise en mémoire des différents stimuli et **suppose donc l'existence de capacités de mémorisation** qui seraient présentes très tôt chez l'enfant, dès lors que sa mère lui offre des rythmes réguliers.

Preuves de ces capacités de mémorisation, les expériences utilisant la succion non nutritive ont montré que l'enfant est capable d'habituation : **la présentation répétée d'un stimulus suscite d'abord de l'intérêt chez l'enfant** ce qui se traduit par une élévation du taux de succion **suivi, à force de répétitions, par un désintérêt** et par une diminution de la succion. Or, **pour qu'un enfant puisse s'habituer à un**

stimulus visuel ou auditif et lui prête attention, il faut qu'il ait mémorisé certaines caractéristiques du stimulus et qu'en conséquence il s'attende à ce que les choses se passent d'une certaine façon en se référant à ce qu'il a antérieurement vu et entendu.

La capacité de l'enfant à dégager les invariants atteste, par ailleurs, de la maîtrise précoce d'un **prérequis du langage : remarquer ce qui est insolite et abandonner ce qui est habituel**. Cette aptitude lui permettra, quand il commencera à utiliser le langage, de porter ses efforts linguistiques vers ce qui est insolite.

Grâce à ses capacités mnésiques, les expériences d'interaction qu'il vit sont encodées en une courte séquence. Le bébé va ensuite travailler sur les multiples souvenirs d'événements particuliers qui alimentent sa mémoire.

C'est la permanence de la mère, du père qui permet au bébé de construire ses représentations. **L'extraction d'invariants repose donc sur la mémorisation qui suppose une présentation répétée d'une séquence avec ou sans variations. Elle est donc tributaire de l'existence de rythmes réguliers.** Ceux-ci vont par ailleurs permettre des anticipations des situations.

Avec les imitations, il faut noter que mère et enfant restent dans la même modalité (auditive, tactile...). A la voix répond la voix, au geste le geste.

5.2. Accordage affectif

5.2.1. La transmodalité

Dans l'accordage affectif, en revanche, un changement de modalité va s'opérer. On parle alors de **transmodalité**. Pour rappel, à la naissance et dans les premiers temps de sa vie, **les perceptions du nourrisson sont traitées de façon transmodale ou intermodale, c'est-à-dire qu'elles sont interchangeable au niveau des canaux sensoriels**. Le passage d'une modalité (auditive, tactile...) à une autre modalité se fait de soi. Cette intermodalité s'observe, par exemple, dans l'expérience menée par Tronick en 1978 (Tronick EZ. (1978) cité par Golse B., 2008). Dans cette expérimentation, on donne à téter à un nouveau-né une tétine particulière (du point de vue de la forme) sans qu'il la voie. Puis on lui présente des images de différentes tétines. Le nouveau-né choisit (en fixant plus longtemps l'image de son

choix) l'image de tétine dont la forme correspond à celle de la tétine qu'il avait eue en bouche. On est donc passé d'une modalité tactile (mise en bouche) à une modalité visuelle. Il y a eu transmodalité.

Au niveau de la parole, ce passage d'une modalité à l'autre (inter ou transmodalité) est attesté par le fait que dès cinq mois, le bébé est sensible à l'incongruité entre le vu et l'entendu (modalités visuelle et auditive). Ainsi, il réagit lorsqu'on lui présente un visage qui articule « mi » alors que lui-même entend « ta ». L'enfant fixe plus longtemps le visage qui énonce la syllabe entendue. La réaction de surprise a été également mesurée au niveau cérébral : l'enregistrement de potentiels évoqués dans cette situation montre l'apparition d'ondes négatives caractéristiques de l'incongruité» (expérience citée dans Plaza M., 2004).

Cette intermodalité peut montrer des défaillances qui, pour la parole, concerneront, par exemple, la capacité de l'enfant à lier dans une seule «enveloppe» le mot entendu, le mot articulé par l'autre (observation visuelle) et le mot qu'il produit lui-même (production articulatoire), (Plaza M., 2004).

5.2.1.1. L'accordage affectif et la transmodalité

L'accordage affectif, concept défini par Stern, au contraire de l'imitation, **implique le passage d'une modalité à l'autre et utilise donc la transmodalité** .

Dans cette expérience subjective, **un des partenaires de l'interaction reproduit la qualité des états affectifs de l'autre**. Par exemple (Stern, 1989), un nourrisson de 9 mois frappe de la main un jouet de consistance douce, d'abord avec colère, puis, progressivement, avec plaisir, exubérance, et humour. Il adopte un rythme régulier. La mère adopte ce même rythme et dit « kaaaaaaa-bam, kaaaaaaa-bam », « bam » coïncidant avec le coup sur le jouet, et le « kaaaaaaa » accompagnant le moment où le bras du bébé s'élève et reste suspendu en l'air, moment plein de suspense, avant de frapper le jouet. Dans cet exemple d'accordage affectif, la mère utilise une autre modalité (la voix, ici) que celle par laquelle le nourrisson s'exprime (le geste).

L'accordage crée une communication qui se déroule sur le plan affectif, il s'agit d'une communication de sentiments qui permet d'exprimer que l'autre a ressenti la

même chose. **Cette expérience va rendre possible le développement de l'empathie.**

5.2.1.2. Caractéristiques de l'accordage

Stern et ses collaborateurs ont dégagé plusieurs caractéristiques spécifiques de cet accordage (cité par Maddalena di Carlo, 2003) :

- **l'intensité absolue** : le niveau d'intensité du comportement maternel correspond exactement à celui de l'enfant, indépendamment du type de comportement (ex. : le volume d'une vocalisation de la mère correspond à la force d'un mouvement de l'enfant) ;
- **le profil d'intensité** : il y a correspondance dans les changements d'intensité (ex. : l'effort vocal de la mère et l'effort physique de l'enfant suivent, au même rythme, une accélération et une décélération) ;
- **la synchronisation temporelle, le rythme, la durée** : il y a correspondance de durée, de régularité et de changement dans les schémas comportementaux de la mère et de l'enfant ;
- **la forme** : il y a correspondance dans les caractéristiques formelles et spatiales de deux actions différentes (ex.: le mouvement de la tête de la mère qui suit le mouvement du bras de l'enfant).

Ces caractéristiques sont dites **amodales** par l'auteur. Elles seraient présentes selon Stern dans toute modalité perceptive. Par exemple le rythme long-court peut être communiqué ou perçu par tous les sens – vue, ouï, toucher, goût et odorat. Pour que cette amodalité soit possible, il serait nécessaire que dans le cerveau **ce rythme soit présent sous une forme relativement abstraite et non liée à une voie perceptive particulière**, ce qui lui permettrait d'être transférée d'une modalité à l'autre.

5.2.1.3. Transmodalité, DNP et orthophonie

La prise en compte de l'amodalité et de la transmodalité peut se révéler très fructueuse dans la rééducation orthophonique, lorsqu'une déficience a été repérée dans une modalité.

Transmodalité et existence des caractéristiques amodales précédemment décrites (rythme...) sont ainsi largement prises en compte dans la **dynamique naturelle de la parole (DNP)**, technique créée par Madeleine Dunoyer de Segonzac à partir de la méthode verbo-tonale de Petar Guberina, et utilisée initialement pour la rééducation des sourds. L'utilisation de la DNP a été étendue ensuite à la rééducation orthophonique notamment des retards de parole et de langage ou encore des troubles d'articulation et même des troubles du langage écrit.

En DNP, le son /c/, par exemple, va être approché notamment grâce aux traces de peinture où se retrouvent tension et recul nécessaires à l'articulation du /c/ (dans la phonation il s'agit du recul de base de langue). On est donc ici dans une « expression transmodale du /c/ » (forme et mouvement sont repris dans d'autres modalités, notamment visuelle). Le rythme de la parole est, par ailleurs, à la base des rééducations de DNP car il est considéré comme étant le moule dans lequel viendra se loger la parole. Il est lui aussi travaillé sur le corps (mouvements plus ou moins longs sur le corps en fonction de la durée de la syllabe, longue, semi-brève ou brève) avec pour éventuel objectif sa transposition à la parole.

5.2.2. La construction de l'intersubjectivité

L'accordage affectif est, en outre, déterminant pour la construction de l'intersubjectivité, qui se situe, selon Stern sur un plan plus cognitif.

Selon Tomasello, **seul le bébé humain serait capable d'intersubjectivité**, celle-ci étant définie comme la capacité d'attribuer aux autres une vie mentale semblable à la sienne, (Tomasello M. et al., 2005). Pour Hobson (cité par Lyons-Ruth K., 2005), il ne fait pas de doute que l'intersubjectivité prend sa source dans les relations émotionnelles primaires dès le début de la vie. Or, **cette capacité d'intersubjectivité constitue, selon lui, la base de la pensée.**

Tomasello fait de **l'intersubjectivité l'élément clé de l'émergence du langage**. Il serait, pour lui, nécessaire d'imaginer ce que veut, ce que pense et ce que sent l'autre par rapport à un référent avant de pouvoir y mettre des mots.

5.2.2.1. Les neurones miroirs

Les travaux sur l'imitation et l'intersubjectivité ont reçu une base physiologique avec la découverte il y a 25 ans d'une population particulière de neurones, **les neurones miroirs, situés dans la région ventrale du cortex prémoteur F5 et qui déchargent quand on réalise une action ou qu'on observe une action réalisée par quelqu'un d'autre**. Ce qui revient, selon Stern, à faire l'expérience virtuelle de l'action entreprise par l'autre et a des implications sur l'empathie.

Concernant le langage et la communication, l'intersubjectivité permettrait d'appréhender l'expérience non verbale et paraverbale, la force, l'intensité, les nuances temporelles que le locuteur met derrière les mots.

L'intersubjectivité, offre un autre éclairage de la **perspective interactionniste développée en linguistique** notamment par Jérôme Bruner. Dans cette approche, **l'apprentissage de la communication s'effectuerait dans le cadre de certaines formes d'action conjointe standardisée** : les formats (ou structures de base d'un échange donné). Pour Bruner, une partie des échanges mère-enfant peut être décrite en terme de formats créés grâce à l'activité conjointe des deux partenaires : ils constituent des **contextes permettant à chacun des partenaires d'interpréter concrètement les intentions de l'autre et de les anticiper**. Ces contextes permettent également à l'enfant d'ajuster son attention à celle de la mère et de standardiser les moyens de communication. **L'intersubjectivité tiendrait donc un rôle prépondérant dans le déroulement de ces formats.**

Cette intersubjectivité, si nécessaire au langage, aurait des racines très précoces. Ainsi, pour Stern, qui se base sur les expériences de Trevarthen, une synchronie telle existe entre les mouvements de la mère et de l'enfant qu'elle laisse supposer une capacité entre mère et nourrisson à sentir où en est l'autre et dans quelle direction il va. Il en est de même pour les vocalisations entre mère et enfant (Stern D. cité par Salls T., 2005) qui suivent un pattern précis nécessitant une anticipation de l'activité de l'autre.

Cette intersubjectivité va, par ailleurs, permettre à la mère de donner sens au langage, à travers les premières étapes des formats, que Chevrié-Muller et Narbona appellent les protoconversations, et qui se définissent comme étant l'attribution d'

intentions à son bébé par la mère lors de leurs dialogues. Ces protoconversations constituent un apprentissage de ce que seront les prises de parole dans les conversations ultérieures. **En attribuant des intentions au bébé de façon répétée, la mère lui permet donc d'imaginer, réciproquement, que l'autre a des intentions.** Elle lui fait donc faire l'expérience de l'intersubjectivité. Selon Chevrié-Muller, le sens se constituera au fil du temps, grâce au caractère systématique des échanges.

5.2.2.2. Réparer les erreurs

L'enfant et sa mère interviennent à tour de rôle. Tronick et Cohn (1989) considèrent que **la réciprocité parfaite est fondée non pas sur l'exacte synchronie durant l'interaction mais sur la capacité du système communicatif mère-enfant à réparer les désaccords qui se produisent au début de la 1ère année.** La plus grande partie de ce travail incombe à la mère car c'est à elle de réparer ces « erreurs » survenues lors des échanges avec son bébé en interprétant les comportements de l'enfant comme porteurs d'intention et en leur attribuant une signification. Toutefois, le bébé est, lui aussi capable, de jouer ce rôle de réparation des désaccords. Cette capacité du bébé à réparer la communication va l'aider à construire son narcissisme (Lemaître V., 1998)

5.3. Troubles des interactions précoces et langage

5.3.1. Facteurs de risque de la relation

Plusieurs facteurs risquant de mettre en péril la relation ont été identifiés grâce à des études statistiques en épidémiologie et sont fréquemment cités :

En période prénatale : maladie ou handicap repérés grâce au diagnostic anténatal, antécédents psychiatriques maternels, notion de grossesse antérieure non suivie ou interrompue, déclaration tardive de la grossesse, mère adolescente, faible niveau d'études, isolement social, rupture avec le père du bébé ou difficultés de couple

En période périnatale : accouchement prématuré, trouble psychique puerpéral, hospitalisation néonatale ou séparation d'avec le bébé, dépression du post-partum, décès d'un autre bébé, conditions sociales et économiques très défavorables.

Nous allons développer quelques-uns de ces facteurs de risque et leur impact possible-mais non obligatoire- sur le développement cognitif, affectif et langagier de l'enfant.

5.3.2. Dépression du post-partum

5.3.2.1. Perturbation du fonctionnement cognitif

Selon Peter S. Kaplan et al. (2004), **les enfants de mères déprimées présentent un risqué accru de subir des troubles du développement cognitif** (Murray L., 1992). Kumar R., cité par Pierrehumbert (2003) estime, quant à lui, que la présence d'une DPN peut engendrer une perte de 20 points au QI à l'âge de 2 ou 3 ans chez les garçons.

Pour certains chercheurs, **le retard de développement cognitif serait, en partie, la résultante d'un déficit de stimulations maternelles** et de réponses associées (Kaplan P.S. et al., 2002; Murray L. et al, 1997).

5.3.2.2. Attachement anxieux et troubles du comportement

La dépression maternelle peut, par ailleurs, avoir des conséquences sur la relation d'attachement de l'enfant à la mère. **Une association régulière entre dépression maternelle (au sens large) et comportement d'attachement insécuré des enfants a, en effet, été constatée.** (Kumar R., 2001), (Rosenblum et al., 1997 cités par Pierrehumbert B., 2003), (McMahon et al., 2006).

5.3.2.3. Perturbation du lien

Certains auteurs considèrent la dépression post-natale d'abord comme un trouble de la relation (Whiffen, 1993, cité par Guedeney, 2001).

Pour Bertrand Cramer (2002), la dépression est ainsi une forme de pathologie de la «préoccupation maternelle primaire » qui n'a pas pu s'installer normalement chez la jeune accouchée. La mise en place de véritables cercles vicieux entre les comportements de la mère et ceux de l'enfant aboutirait à la survenue de la dépression maternelle. Ce point de vue, plus récent, permet de mettre l'accent non plus spécifiquement sur la psychopathologie périnatale mais sur **la psychopathologie du lien.**

Brockington (2006) met toutefois en garde contre une stigmatisation des mères atteintes de DPN car **seule une minorité d'entre elles développe des réponses négatives vis-à-vis de leur bébé**. La DPN doit donc être considérée comme un facteur de risque pour le développement psycho-affectif de l'enfant (Sutter-Dallay et al., 2008).

Pour Bernard Golse (2006), **les conséquences engendrées par la DPN sur la voix maternelle, souvent détimbrée avec une perte de la prosodie, auraient un impact non négligeable sur le développement du langage du bébé**: « *Si la voix de la mère ne lui fait rien, et si les émissions vocales du bébé ne font rien à sa mère, trop absorbée dans son mouvement dépressif, alors, du point de vue du bébé, « à quoi bon parler?»* »

5.3.2.4. Les signes du côté du bébé

A moyen terme, les conséquences peuvent être dramatiques pour le développement du bébé. Pour cette raison, lorsque la présence de signes précoces est avérée chez l'enfant, il est, selon Guedeney (2001), urgent d'intervenir. Les signes à relever peuvent être: **un bébé considéré comme difficile, des troubles du sommeil, un retard de développement ou de croissance, une relation mère-enfant perturbée sur le plan comportemental et/ou fantasmatique**. Les signes de retrait du bébé, conséquences de la dépression, peuvent être évalués grâce à l'échelle alarme détresse bébé, ADBB, élaborée par Antoine Guedeney (Guedeney A., 1995).

5.3.3. Attachement perturbé: Impact sur le développement de l'enfant

La qualité de l'attachement serait prédictrice, au moins pour partie, du développement de l'enfant. Ainsi, l'étude menée par Erickson et al. consiste à suivre dans une école maternelle, jusque l'âge de 5 ans, 40 enfants issus d'une population défavorisée observés dans la strange situation à 12 mois. Ceux ayant développé un attachement secure à 1 an semblent être les plus populaires au sein du groupe tandis que ceux ayant un attachement anxieux évitant tendent à se moquer des autres, surtout s'ils sont en détresse. Eux-mêmes évitent d'exprimer des demandes de réconfort. Ils se montrent agressifs, cherchent l'attention mais n'obtiennent que de l'hostilité (Erickson M., 1979, cité par Pierrehumbert B., 2003).

Pour Blaise Pierrehumbert, l'association entre la sécurité de l'attachement et le quotient intellectuel et le quotient développemental serait très faible. En revanche, **l'association entre la qualité de l'attachement et les compétences langagières est plus forte** (Van Ijzendoorn M. et al., 1995).

5.3.4. Prématurité

Selon deux études (Goldberg S. 1980 et Field T.M, 1980, citées par Lebovici S. et Stoleru S., 1983), si l'on se fonde, sur l'échelle d'évaluation de Brazelton, les nouveau-nés prématurés ne parviennent pas, en tant que groupe, à organiser des conduites interactives, avec le même succès que les nouveau-nés à terme.

De ces études, **se dégage l'image d'un bébé moins gratifiant avec qui la communication est plus difficile à établir, qui répond moins aux messages qu'il reçoit, et qui exige plus d'efforts de la part des parents.** Ceux-ci doivent en effet plus fréquemment l'apaiser et/ou le stimuler pour le réveiller et doivent surmonter leurs craintes fantasmatisques liées aux conséquences de la prématurité sur l'avenir de l'enfant.

En ce qui concerne les bébés nés très grands prématurés, ils restent longtemps l'objet d'une grande ambivalence: *« Leur sens, en effet, ne va pas de soi pour des parents traumatisés, sidérés, culpabilisés, sans illusion sur les compétences de leurs bébés, sans conviction sur les leurs, plongés dans une résignation sans espoir pour l'avenir ; celle-là même que ces bébés ensuite reprennent à leur compte en la transmettant à leur tour à ceux qui tentent de les soigner, par leurs conduites répétitives de rupture, leur opposition dans la passivité ou leur appétence à revivre des situations traumatiques douloureuses. »* (Sibertin-Blanc D. et al., 2002)

La très grande prématurité est un facteur de risque pour la relation, plus encore, lorsque s'y ajoutent d'autres facteurs de risque comme des familles psychologiquement vulnérables, jeune âge de la mère, dépression maternelle, grossesse non désirée, ou au contraire trop précieuse, surtout lorsque les parents ne bénéficient pas de support social fiable, cohérent et continu.

5.3.5. Handicap

L'existence d'un handicap chez le bébé provoque fréquemment des "faux pas dans la danse de l'accordage affectif" (Stern, 1989), non seulement parce que le

narcissisme des parents est blessé, mais aussi parce que **le déficit de l'enfant peut engendrer des difficultés à entrer en relation, difficultés qui rejailliront sur le développement de la communication et du langage.**

Nous développons ici deux exemples de handicaps, la trisomie 21 et la déficience visuelle, et les troubles du langage et de la communication couramment associés.

5.3.5.1. L'exemple de la trisomie 21

Dans le cas de la trisomie 21, Vinter (1999), décrit les nombreuses collisions vocales qui surviennent dans les interactions mère-enfant trisomique. Les enfants ont, en effet, **beaucoup de mal à mettre en place l'alternance des rôles.** On peut, par ailleurs, remarquer des **déficits de l'imitation gestuelle ou vocale.** Dans le champ de la pragmatique, les travaux de Maurer (Maurer et al., 1987, cités dans les approches thérapeutiques en orthophonie, 2004) ont mis en évidence l'utilisation prédominante d'énoncés directifs par les parents d'enfants trisomiques lorsqu'ils s'adressaient à leur enfant, sans souci d'établir des échanges conversationnels.

De façon plus générale, les enfants porteurs de handicaps sont plus passifs dans l'interaction conversationnelle que les enfants normaux. Or, **les adultes sont moins disposés à interagir avec des enfants passifs.** Par ailleurs, si le mamanais est utilisé avec les enfants handicapés comme avec les enfants normaux, il s'agit souvent d'une forme appauvrie de parole, due au fait que le niveau langagier de ces enfants peut ne pas correspondre à leur âge réel.

Le caractère atypique des échanges provoqué par le déficit de l'enfant risque, en déconcertant l'adulte, d'entraîner une « dépression partielle des échanges dialogiques », se soldant elle-même par une dégradation des interactions et de la relation mère-enfant (Morel L., 2004).

5.3.5.2. L'exemple de la déficience visuelle

L'enfant déficient visuel va, quant à lui, rencontrer des difficultés de dialogue avec sa mère dès le départ. La famille risque fort, en effet, de mal interpréter les postures, les cris ou l'apathie adoptés par le nourrisson. Réciproquement, celui-ci percevra et intégrera les affects de tristesse qui émanent de sa mère lorsqu'elle l'approche. L'échange affectif réciproque peut se détériorer au fil des mois et avoir une influence préjudiciable sur son équilibre futur. Geneviève Hassler cite l'exemple d'un bébé de quelques mois qui **cesse de bouger lorsque sa mère s'approche de lui de manière à être plus à l'écoute. Cette maman peut avoir l'impression (Hassler,**

2004), que son enfant ne fait pas attention à elle. Elle se sent frustrée. Cette frustration est ressentie par le bébé qui ne comprend pas la tristesse ou l'irritation de sa mère à chaque fois qu'elle le rejoint.

« *Les difficultés de "décodage" entraînent de plus en plus d'ambivalence et d'incompréhension réciproque, les parents finissent par parler de moins en moins à l'enfant et ont tendance à s'occuper de lui de façon plus mécanique, moins attractive. Les interactions se sont installées sur des "malentendus" ou plutôt des "mal-perçus"* », écrit Geneviève Hassler (Hassler G., 2004).

Autres écueils de la relation: le sourire et les expressions faciales ne s'instaurent pas chez l'enfant aveugle de la même manière que chez l'enfant voyant. Le sourire automatique déclenché par la vision du visage humain (phénomène observé par Spitz) est, normalement, un puissant déclencheur d'échanges sociaux. Chez l'enfant aveugle, le visage humain ne peut pas provoquer de sourire efficace. **Pour sourire, ce bébé a besoin d'incitations vocales et il s'agit toujours d'un sourire de réponse**, jamais ce sourire d'invite « spontané » qui entraîne la mère à s'occuper de son bébé. Ce manque d'expressivité de l'enfant, qui peut apparaître dépressif ou apathique déroute les parents et peut même les déprimer.

On peut trouver chez certains de ces enfants des anomalies de développement proches de celles de l'autisme. Il s'agit de bébés trop calmes, d'enfants apparemment insensibles à leur environnement, qui ne paraissent pas avoir formé de liens d'attachement avec les personnes de leur entourage, qui n'ont pas pu établir une différenciation nette entre leur moi propre et celui d'autrui.

Certains parents peuvent se protéger de la souffrance par des réactions d'abandon de leur bébé (ou de surprotection qui ont des conséquences semblables). Or, un bébé qui n'est pas touché ne s'intéressera pas à son entourage. Le bébé aveugle, dans ce cas là, ne développera pas de mobilité autonome. Son répertoire moteur se réduit à des mouvements stéréotypés de la tête, du tronc et des mains, à des blindismes, gestes automatiques, dont certains sont des signes de retrait du monde, permettant à l'enfant de se soustraire à une situation anxiogène et réduire ainsi le niveau de vigilance. Enfin le langage de ces enfants est soit absent soit de type écholalique.

5.3.6. Carences familiales

Pawlby et Hall (cité par Chevrié-Muller C. et al., 2007) ont observé qu'**avant 20 semaines les mères issues de familles disloquées montraient une moins**

grande richesse interactive. Il semble que ces mères parlent moins à leurs bébés, offrent moins de contacts physiques, moins de sourires, le regardent moins, lui présentent moins d'objets, passent moins de temps à les tenir dans les bras. Le développement du langage de ces enfants avant 27 mois (compréhension-émission) serait ainsi moins avancé.

Selon Martine Lamour, dans les familles carencées, *«la mère peut exprimer des affects très violents dans une excitation intense et érotisée qui déborde l'enfant et dont il tente de se protéger en coupant le contact. L'impossibilité pour la mère d'être attentive à ses manifestations émotionnelles d'y donner sens, de les différencier, s'oppose à l'accordage affectif étape essentielle pour le passage de l'imitation à la symbolisation, qui permet l'installation du langage. (...) Si les mères crient leurs angoisses et leurs frustrations, elles ne s'adressent pratiquement jamais à leur enfant qu'elles ne différencient et personnifient pas dans leur langage. En retour, l'enfant s'adresse peu à sa mère : bébé, il vocalise peu. Se mettent en place un retard d'apparition et une pauvreté de langage»* (Lamour M.,2004).

Selon Michel Lemay qui analyse le langage des enfants carencés, on note habituellement **un retard dans l'apparition du langage** (premiers mots et premières phrases) sans mutisme ni bizarrerie syntaxique, ni hyperinvestissement sur un mot, ni néologisme ni édification d'un dialecte. Pour cet auteur, *« le mot n'est pas utilisé pour se mettre à distance»*. Plus que dans la particularité, **le langage de l'enfant carencé se place dans le déficit.** *« Tout se passe comme si l'enfant n'éprouvait pas le désir de parler, ne recevait pas de stimulations affectives dans le sens de l'expression et ne bénéficiait souvent que d'un apport réduit sur le plan du vocabulaire. Le contenu de son discours verbal est pauvre, le sujet cherchant à compenser ses limites dans l'expression par une agitation motrice»* (Lemay, M. 1993).

Michel Lemay a suivi le devenir de l'enfant carencé sur le plan du langage, observant qu'à **la période de latence et au début de l'adolescence, le vocabulaire demeure réduit mais que surtout l'enfant utilise un système de communication basé sur des mots pivots enrobés d'une succession d'onomatopées.** Lors de la transmission d'éléments imaginaires, il bute sur les mots et ne parvient pas à

construire des phrases suffisamment élaborées pour traduire sa pensée. Là encore, il passe par le corps.

Par ailleurs, il présente un manque de continuité dans les évocations mentales et passe du coq à l'âne.

Associés à ces difficultés langagières, **Michel Lemay note une désorientation temporelle, avec des difficultés à se situer dans le temps** (déformation de la durée....), et une perception de l'avenir vague.

Pour lui, en cas de carence profonde, **la désorientation spatio-temporelle, les retards dans l'utilisation de la pensée formelle, le déficit dans le langage existent presque toujours.**

5.3.7. Maltraitance

Selon Chevrié-Muller et Narbona, le manque de stimulation verbale à titre de carence isolée n'entraînerait pas de retard de langage. En revanche, **le retard de langage est une des conséquences de la maltraitance** (Cicchetti et Carlson (1989), cité in Chevrié-Muller C. et Narbona J., 2007), lorsque de véritables relations affectives n'ont pu s'instaurer. (Bousha et Twentyman, 1984, Rutter et Lord, 1987, cités in Chevrié-Muller et Narbona, 2007).

Dans le cas de carences partielles, le développement de la compréhension verbale peut être retardé avec une atteinte toujours plus importante du versant expressif (Klaus et Grey, 1968, cités in Chevrié-Muller et Narbona, 2007) : **l'articulation est déficiente, le vocabulaire est réduit, la structure des phrases est quasi agrammaticale.** Le déficit langagier coexiste avec d'autres déficits dans d'autres domaines du développement : retard mental, retard de croissance, inadaptation émotionnelle et sociale.

6. Repérer les difficultés d'instauration des premiers liens: la nécessité d'un outil

6.1. Le contexte

6.1.1. Réduction des temps de séjour en maternité

Les séjours en maternité tendent à se réduire. **Outre la possibilité de proposer des sorties à J3 (J0 étant le jour de l'accouchement)**, comme cela se pratique à la maternité Jeanne de Flandre de Lille, **certains établissements font le choix des sorties dites précoces** qui se traduisent par la possibilité d'une sortie entre J0 et J+2 jours inclus et J+4 jours dans le cas d'une césarienne (annexe n°3).

Pour les professionnels de santé, ce temps réduit complique encore le dépistage des difficultés d'ajustement mère-enfant, pourtant reconnues par la haute autorité de santé, la HAS, comme contre-indications à une sortie précoce. La HAS préconise donc de tenir compte de certains facteurs comme **le risque dépressif, la situation de précarité, le risque d'échec de l'allaitement maternel ou l'organisation familiale** avant d'opter pour une sortie précoce. Pour cela, elle reconnaît la nécessité de construire et valider des outils aidant au dépistage des difficultés d'instauration du lien (HAS, 2004).

6.1.2. La HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) en périnatalité est un dispositif complétant le précédent. **Il a pour but d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, en offrant à domicile, à la patiente et à son enfant, des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète** (circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, éditée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).

Généralement c'est l'état de santé de la mère qui fonde l'admission en HAD, mais la relation mère-enfant peut justifier d'une prise en charge, *« notamment lorsque la situation sociale et/ou psychologique le justifie »*.

C'est pour dégager une indication de prolongation de l'hospitalisation en maternité standard ou d'instauration d'une hospitalisation à domicile pour difficulté

d'instauration des premiers liens que l'équipe de pédopsychiatrie de liaison en maternité du Dr Lemaître a été sollicitée.

Pour l'équipe, il s'agissait de répondre au deuxième jour après la naissance à la question: **peut-on sans risque pour la mère et le bébé laisser sortir cette dyade demain ?** Le service de périnatalité disposait jusqu'à présent pour ce faire du dossier (suivi de la grossesse, déroulement de l'accouchement, état néonatal du bébé) ainsi que de l'avis du personnel de maternité ayant pris soin de la situation. Elle a souhaité développer en complément un outil de repérage: la grille d'évaluation des interactions précoces.

6.2. La grille de Lille

Cette grille a été développée il y a 4 ans en se basant sur les travaux en périnatalité recensés précédemment. Elle est depuis utilisée dans le service de périnatalité de Jeanne de Flandre à Lille. Son élaboration devait répondre à plusieurs contraintes :

-la passation doit être rapide pour pouvoir être menée par le personnel de maternité (sage-femme ou puéricultrice). Dans les conditions de fonctionnement classique d'un service de maternité comme celui de Jeanne de Flandre à Lille, il est impossible pour des raisons de coût, de temps, de formation du personnel, d'utiliser la vidéo (l'enregistrement vidéo étant considéré comme le Gold Standard dans l'étude des interactions mère-enfant).

-être adapté aux temps très précoces de l'interaction.

Les outils existant ne répondaient pas à la double contrainte de repérage et de rapidité. D'autres comme l'EPDS (outil de repérage du risque dépressif) ne s'attachaient pas exactement aux difficultés d'instauration du lien.

Le choix de l'équipe s'est porté vers une grille d'observation des interactions à remplir par les sages-femmes ou les puéricultrices, en maternité ou ultérieurement en HAD. Il apparaissait en effet que les auto-questionnaires n'évitaient par certains biais (Bienfait M., 2008).

La bonne adaptation extra-utérine du nouveau-né est en général fiable au 3ème jour comme la qualité du nourrissage. Pour cette raison, le 3ème jour a été retenu pour la passation de la grille en maternité.

6.2.1. Question de l'observation, place de la subjectivité : la méthode d'Esther Bick

Dans la méthode d'observation définie par la psychanalyste Esther Bick, l'instrument d'enregistrement spécifique est la subjectivité de l'observateur. (Prat R., 2005)

Lorsqu'Esther Bick définit sa méthode en 1964 c'est dans un objectif de formation des psychanalystes. L'observation, selon elle, suppose de revenir aux données de base, sans interprétation. La situation d'observation du bébé se fait alors dans les conditions banales de sa vie dans sa famille.

La méthode originale comporte plusieurs étapes: recherche du bébé qui sera observé, séance d'observation, compte-rendu, séminaire de supervision.

Cette méthode connaît plusieurs applications, selon Régine Prat :

- les observations participantes à domicile dans un but thérapeutique. L'observation du bébé fait partie du dispositif global de soin dans la prise en charge d'enfants autistes, ou à risques autistiques, de situations de maltraitance, de familles à problèmes multiples, d'enfants de parents malades mentaux, etc. Le but est thérapeutique.

- l'observation en médecine néonatale. Le but est aussi thérapeutique: il s'agit de mieux comprendre les besoins du bébé et sa souffrance pour y porter remède. C'est également un soutien de la fonction observante des équipes.

C'est sur la subjectivité de l'observateur (soignant par ailleurs) que repose la grille développée par le service de périnatalité.

6.2.2. Les items de la grille (annexe n°4)

Sur la base des travaux concernant la dépression post-natale, les compétences précoces du bébé, la théorie de l'attachement, ou les connaissances des interactions précoces, ont été retenus 8 items :

- o ITEM 1 : Lecture des besoins (par la mère)
- o ITEM 2 : Bébé facile à comprendre
- o ITEM 3 : Qualité de la contenance et du holding
- o ITEM 4 : Bébé facile à calmer
- o ITEM 5 : Interpénétration des regards
- o ITEM 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée
- o ITEM 7 : Qualité du contexte familial
- o ITEM 8 : Stabilité émotionnelle de la mère

Les 4 premiers items font référence de manière plus concrète à la capacité pour la mère de comprendre son bébé. Ils sont liés à l'histoire de la mère, celle du bébé, aux conditions de la grossesse, de l'accouchement (l'accouchement traumatique, par exemple, met dans un état plus difficile souvent repéré par l'EPDS), à la capacité naturelle de la mère à l'empathie.

6.2.2.1. Item 1 : Lecture des besoins (par la mère)

Face à ce bébé qu'elle découvre, la mère va disposer de capacités de sollicitude qui vont lui permettre de s'identifier au nourrisson, une identification qui constitue le prototype de la relation d'empathie.

Pour Véronique Lemaître, dans cet état, appelé préoccupation maternelle primaire par Winnicott, la mère est mentalement continuellement avec son bébé et veille sur lui : S'il est dans son lit : "Ai-je bien baissé le store ? Jusqu'à quelle heure va-t-il dormir ?..." Ces pensées sont peu conscientes. Elles maintiennent pour la mère la sensation de n'être pas séparée de son bébé et témoignent d'une attention continue pour lui.

- C'est un état qui permet à la mère de deviner les attentes de son nourrisson et d'interpréter ses réponses avec une sensation de relative certitude : elle a confiance dans ses hypothèses, ce qui à priori n'est pas fondé, elle s'appuie sur la réponse du

bébé pour les confirmer et peut reconnaître sans en être blessée qu'elle s'est trompée.

- C'est un état qui ressemble à l'état amoureux : elle témoigne d'une incroyable tolérance aux exigences du bébé et se satisfait de très peu de choses en retour.

L'effet que les soins maternels produisent sur le bébé (apaisement, satisfaction) gratifie la mère, et lui procure un sentiment de toute puissance qui, s'il est lui aussi bien illusoire, entretient sa capacité à supporter les frustrations. La mère va ainsi réussir à accepter de faire passer les besoins du bébé avant les siens.

Cette capacité d'identification de la mère qui fait passer les besoins du nourrisson au premier plan va avoir une incidence forte sur la construction du psychisme du bébé. En effet, alors que dans ses premiers temps de vie, le bébé est sans repère ni localisation, la mère, grâce à la continuité et à la répétition des soins qu'elle lui apporte, amène une sécurité qui va lui permettre de construire un « *sentiment continu d'exister* ». En étant pensé par sa mère, ce que Cébula appelle nourritures psychiques, l'enfant va acquérir les capacités de penser lui aussi (Cébula JC., 2009).

La mère, si bonne et si apte à décoder les besoins de son bébé soit-elle, n'échappe pas aux ratés et ne peut satisfaire les besoins immédiatement. Cette attente imposée au bébé, avant satisfaction, va lui permettre de créer sa propre vie fantasmatique. Encore faut-il qu'il y ait satisfaction.

Selon Winnicott, la préoccupation maternelle primaire ne s'établit en effet pas de façon systématique : certaines femmes ne parviennent pas à la laisser s'installer en elles, ou ne le peuvent que pour certains de leurs enfants. Or, l'absence de cette préoccupation maternelle primaire expose le bébé à des soins mécaniques qui ne lui permettent pas de constituer un "sentiment continu d'exister", base de son "self". **L'éducation de ces enfants sera marquée par l'obligation de réparer cette carence.**

C'est le cas, selon Le Nestour et al. (2009), quand des parents ont vécu eux-mêmes dans un chaos où l'alternance imprévisible et sans rythme d'excitations anarchiques et violentes dans les interactions avec leurs propres parents a été une constante. La

relation à leur enfant se tisse chaotiquement, entre rapprochements et évitements massifs.

La création d'un état de conscience mutuelle mère-bébé est aussi rapidement altérée dans certains cas de dépression maternelle lorsque s'observe un manque marqué de réponse maternelle aux signaux du bébé. **En l'absence de partage émotionnel, le bébé est alors laissé dans un état d'attente répétée et durable d'un éprouvé partagé.**

Dans le cas d'une mère psychotique, quand celle-ci ressent des besoins, ce sont le plus souvent des siens dont il s'agit et elle y répond en quelque sorte à travers le bébé dont elle ne se distingue pas (Lamour et Barraco, 1998).

6.2.2.2. Item 2: Bébé facile à comprendre

Face à la mère qui tente de lire les besoins de son enfant, le bébé va, selon sa maturité, envoyer des messages plus ou moins précis, les plus vulnérables des bébés étant dans l'incapacité de fournir des messages clairs. **Certains nouveau-nés en revanche, capables d'adopter un état de vigilance propice à la communication**, vont aider à la rencontre avec leur mère, réduisant ainsi cette période de tâtonnements, faite d'essais-erreurs, lorsque la mère ne décode pas encore parfaitement ses messages.

Six états de vigilance ont été décrits chez le bébé :

État 1: sommeil profond

Etat 2: sommeil léger

Etat 3: le nourrisson paraît somnolent, paupières ouvertes ou fermées. Quand elles sont ouvertes, les yeux ont un aspect vitreux et ne fixent aucun objet.....

Etat 4 : le nourrisson a les yeux grands ouverts, brillants ; il semble attentif à son environnement, paraît s'intéresser à ce qui l'entoure, son activité motrice est suspendue, la respiration est le plus souvent régulière, le visage est immobile, sans grimace. Les yeux parfois décrivent des mouvements conjugués dans différentes directions.

Etat 5 : éveillé, importante activité motrice généralisée, il peut parfois geindre ou grogner ou ébaucher des cris. Le visage est tendu ou grimaçant. Les yeux sont ouverts mais moins brillants que dans l'état 4, la peau rougit par intermittence, la respiration est très irrégulière.

Etat 6 : le nourrisson pleure et crie vigoureusement.

Les variations individuelles de l'état 4 sont considérables. Certains nouveau-nés ont peu de stade 4, ou montrent des difficultés de régulation de leurs états de vigilance, oscillant sans transition entre les états de sommeil et celui des pleurs et des cris, d'autres ont beaucoup de compétences pour entrer dans cet état. Or, **cet état est le plus propice à la communication mère-enfant. Dans cet état, en effet, le bébé est pleinement attentif et disponible pour l'interaction.** Un bébé vulnérable, ou ayant un tempérament irritable, se retrouvant peu dans cet état de disponibilité communicationnelle, ne sera pas facile à comprendre.

La capacité à adopter cet état et à le soutenir longtemps engendre aussi des vécus pour les mères très différents. Si le bébé a peu de capacités d'interactions émotionnelles et cognitives (tirer la langue, suivre des yeux, répondre d'un mouvement de la tête quand il a faim), qu'il se met à hurler, que la mère essaie quand même de le mettre au sein, ce qui se traduit par un refus, la mère se sent invalidée et le risque est que s'enclenche une série désaccordée qui mettra la suite de l'interaction en péril.

Accéder à cet état de disponibilité à l'interaction est une compétence qui ne dépend pas que du bébé. La mère influence, en effet, profondément la régulation de ses états de vigilance. Ainsi une mère patiente et sensible aux moindres signaux émanant de son nouveau-né pourra progressivement amener le bébé à un état calme et attentif, de telle sorte que finalement le bébé sera progressivement capable d'augmenter ses capacités à maintenir durablement cet état calme et attentif. Pour Lebovici, par exemple, selon le plaisir, le temps passé par la mère à regarder son bébé dans les yeux lors de l'état 4, celui-ci vit dans cet état des expériences qui influencent la manière dont il organise ses états de vigilance (Lebovici S. et Stoleru S., 1983).

A l'opposé, chez le bébé de mère psychotique, les états de vigilance sont utilisés à des fins défensives: **l'enfant manifeste une hypervigilance initiale puis quand le malaise augmente dans un contact prolongé avec la mère, une chute immédiate, brutale et très impressionnante dans le sommeil** (Lamour M. et Barraco M., 1998).

L'item 2 qui reflète la capacité du bébé de se placer en état 4 aura donc une incidence sur l'item 1 lecture des besoins. La grille rend donc compte de l'effet interactif de la relation.

Une mauvaise note aux items 1 et 2 indiquera logiquement qu'un soutien à la mère et au bébé est nécessaire dans leur interaction tandis qu'une mauvaise note au 1 demandera qu'on prête d'avantage attention à la mère.

6.2.2.3. Item 3 : Qualité de la contenance et du holding

A la naissance, hors de l'enveloppe utérine, **le bébé a besoin de retrouver un contenant qui va lui être offert de manière tactile par le biais du portage** (holding, ou manière de porter le bébé et handling, ou manière de le présenter, comme définis par Winnicott) mais aussi grâce à des mouvements rythmiques rappelant le vécu intra-utérin, aux modulations de la voix ou à la vision des zones contrastées du visage de sa mère que le bébé fixera intensément.

Le holding offre plus que des points d'appuis au bébé, c'est aussi le moyen d'instaurer un dialogue tonique et affectif avec sa mère.

Les affects de la mère vont, en effet, être directement transmis à son bébé par sa qualité de serrage, sa posture, sa détente ou ses tensions, les modifications qu'elle imprime de temps à autres au corps du bébé et l'adaptation du holding à ce qu'elle perçoit des sensations de son bébé.

De cette façon, la mère aura une influence sur le tonus de son bébé et son état de vigilance. Selon Serge Lebovici, **handling et holding influencent de manière déterminante l'état d'éveil calme et attentif, l'état 4**, pris en compte par l'item 2 (Lebovici S. et Stoleru S., 1983).

Le bébé éprouve, quant à lui, ses émotions ou ses besoins (chaleur, faim...) sur un mode tonique. La fonction tonique est, pour lui, un mode de présence et de réactivité dont l'importance dans la structuration des premiers échanges mère-enfant a conduit Wallon à parler de symbiose tonico-émotionnelle.

Au holding qui lui est proposé, l'enfant va donc réagir par des variations de tonus qui pourront engendrer des modifications de ses états de vigilance. Sur le plan neurophysiologique, on sait, en effet, que tonus et vigilance sont intimement liés, et on leur décrit une structure régulatrice centrale commune, la formation réticulée. (Lesage B.). Ajurriaguerra a ainsi décrit chez le nouveau-né les corrélations entre variations toniques, émotionnelles et végétatives.

Le tonus participe à la construction psychique : la notion de tonus est liée à celle de limite. Or, c'est une problématique universelle pour tout être vivant que d'élaborer une limite et un contenu propres, un état de tension interne à partir duquel il exerce une pression sur l'environnement tout comme il résiste à la pression externe. La tonicité est la façon dont le sujet est prêt à répondre, à saisir les opportunités, son état de disponibilité...

Le lien avec les affects fait de la contenance une situation facilement mise à mal en cas de difficultés de la mère.

Ainsi, chez une mère psychotique, selon Lamour et Barraco (1998), le holding est chaotique avec une alternance de rapprochés et de mises à distance de l'enfant. Le bébé répond soit sur le mode de l'hypertonie soit en se faisant mou en se vidant. La tolérance de la mère à la motricité du bébé apparaît faible, le bébé réagit par une répression de ses mouvements volontaires. Dans certaines familles carencées, l'enfant est porté, serré contre la mère sans ajustement tonico-postural. Lamour et Barraco décrivent un corps à corps sans plaisir.

Mal porté, le bébé ne peut pas dire de quoi il a besoin car ce dont il a besoin c'est d'être tenu correctement.

6.2.2.4. Item 4 : Bébé facile à calmer

En régulant ses états de vigilance, le nouveau-né va développer sa capacité à se calmer et à s'apaiser par lui-même ainsi que son aptitude à être consolé par sa mère ou les autres personnes qui prennent soin de lui .

Un bébé facile à calmer est moins vulnérable, il a la ressource de s'apaiser en mettant la main à la bouche, en regardant des zones contrastées ou de profiter facilement du réconfort que lui apportera sa mère. En revanche, **le bébé vulnérable doit être contenu avant de se calmer**. Pour certains enfants, jouer sur certains paramètres (comme baisser l'intensité lumineuse, par exemple) sera nécessaire avant qu'ils soient capables de réguler eux-même leurs états de vigilance.

Le concept d'homéostasie, terme de physiologie utilisé pour décrire le travail que développe l'organisme afin de conserver son état basal, a été repris dans l'étude du développement du nouveau-né. Il semble, en effet, assez bien adapté à la description du stade précoce du développement neuropsychique du bébé, très lié aux conditions physiologiques (Lebovici S. et Stoleru S., 1983).

Cette homéostasie du bébé correspond chez le bébé aux efforts qu'il lui faudra fournir pour se trouver à un état de base; elle dépend :

-**des capacités intrinsèques du bébé**. Celles-ci sont plus faibles, par exemple, chez le prématuré qui doit lutter contre son immaturité physiologique. Le bébé plus compétent pour réguler son homéostasie, pourra, lui, pour s'apaiser, développer des «stratégies» comme se mettre à suçoter ou porter les mains à la bouche et ce dès les 1ers jours. Il pourra ensuite compter sur son attention et son intérêt pour les objets ou êtres environnants. Pour Lamour et Barraco (1998), le bébé en souffrance n'a pas une grande flexibilité des conduites. Par conséquent, les réponses aux variations de l'environnement ou aux tensions internes sont plus univoques jusqu'à atteindre deux comportements extrêmes: l'enfant hypersensitif qui réagit trop et l'enfant en retrait qui ne réagit pas assez.

- de l'aide et de l'organisation apportées par la mère.

La capacité de la mère à remarquer certaines caractéristiques comportementales ou réactionnelles de son bébé peut lui permettre de lui procurer des moyens

d'apaisement. Apprécier la sensibilité individuelle du bébé et aménager l'environnement de telle sorte que le bébé soit protégé de stimulations excessives est une fonction importante du maternage (Mazet P. et Houzel D., 1995).

L'intégralité des 4 premiers items offre donc une description de l'ajustement des soins aux besoins du bébé.

Les items 5 et 6 se focalisent sur le partage émotionnel. **Un score satisfaisant à ces items va permettre de rassurer sur le fait que la spirale d'interactions positives va marcher de mieux en mieux.** La succession d'expériences à venir va améliorer la qualité de la communication.

6.2.2.5. Item 5 : Interpénétration des regards

Le neurophysiologiste Alain Berthoz (2008) propose une définition de l'échange de regards mère-enfant comme étant : *«une pénétration réciproque, une « commune union » ou communion au sens plein du terme ; le monde extérieur n'existe plus pour deux êtres complètement absorbés par cette fascination réciproque où l'on sent que s'échangent, se donnent et se prennent de multiples messages, mais surtout s'élabore un vécu partagé.»*

Le regard est souvent l'une des modalités des expériences de fusion primitive mère-enfant. La mère ressent alors le regard de son enfant comme gratifiant et valorisant. D'ailleurs, quand les mères parlent de l'émergence de leurs sentiments d'amour pour leur bébé, c'est souvent en évoquant son regard.

La neurophysiologie apporte quelques explications au lien entre regard d'autrui et émotion : il y a activation de l'amygdale (siège des émotions) par le contact direct du regard d'autrui. Les cortex frontal et préfrontal (qui permettront le désengagement du regard) de l'enfant ne se développent que tardivement, et le bébé reste donc plus facilement ancré sur le regard ou au contraire est plus facilement distrait par une stimulation sensorielle. Il maîtrise moins son regard.

Même si, à la naissance, la vision du nourrisson est floue, il perçoit les objets à une distance qui correspond à celle oeil à oeil avec sa mère lors de la tétée. **La situation de nourrissage est donc une situation clé pour l'instauration de ce contact visuel réciproque.** L'observation de nouveau-nés de 15j, lors de la tétée, au sein ou

au biberon, montre qu'ils tendent à fixer des yeux le visage de leur mère pendant une fraction significative de la tétée. Le regard en retour de la mère augmenterait la tendance du bébé à fixer les yeux sur le visage de celle-ci (Mazet et al., 2003).

Le regard du bébé sur le visage de sa mère est primordial pour sa construction psychique. **Selon Winnicott, le visage de la mère est, en effet, le premier miroir de l'enfant.** Ce que l'enfant regarde en regardant sa mère c'est lui mais c'est aussi l'intérêt que sa mère lui porte (Lebovici S., 1998).

Du côté du bébé, certains nourrissons s'engagent très activement dans ces épisodes, d'autres ont des contacts visuels moins prolongés et d'allure moins intense. D'autres tendent carrément à éviter ces épisodes.

Les mères, quant à elles, répondent avec de grandes différences à ce regard du bébé: si certaines le perçoivent comme une gratification, pour d'autres il peut susciter de l'angoisse.

Dans les familles carencées, on relève une pauvreté des interactions visuelles.

La rareté du regard mutuel a des effets majeurs chez le nourrisson. Les nourrissons répondent le plus souvent par une «*atonie impressionnante, une apathie, un manque d'intérêt pour leur image*» (Lamour M., Barraco M., 1998).

La mère psychotique risque, elle, d'éviter le regard de son enfant ce qui peut s'associer à une hypervigilance visuelle chez l'enfant ou au contraire produire secondairement l'évitement. (Lamour M., Barraco M., 1998).

La qualité de l'interaction par le regard est donc pour l'observateur extérieur une indication sur le climat affectif de la dyade.

6.2.2.6. Item 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée

Selon Lebovici et Stoleru (1983), l'allaitement rassemble de manière naturelle les composantes essentielles de l'interaction mère nouveau-né.

Certains auteurs se sont attachés à décrire la posture, la position affective de la mère, son confort, sa détente, ses tensions, son inhibition. La manière dont elle tient l'enfant, le holding, évalué par un autre item de la grille, définit aussi le rapport qu'elle

établit avec lui et le plaisir qu'elle peut ressentir et transmettre via la contenance qu'elle propose.

Outre celle d'étancher un besoin fondamental, l'alimentation du nourrisson comporte une dimension de plaisir et d'interaction.

Du côté du bébé, c'est le plaisir de l'oralité, tel que décrit par Freud dans lequel s'établit la base de tout investissement, de toute relation d'objet à l'origine de la construction psychique. Pour Freud, la première relation d'objet qui lie l'enfant à la mère, c'est le stade oral qui découle de la satisfaction d'un besoin primaire, la tétée au sein pour satisfaire un besoin physiologique. Au cours de la tétée, il éprouve du plaisir. Comme il a éprouvé du plaisir, il investit l'objet qui lui a donné ce plaisir: le sein. Le plaisir de l'oralité restera toute l'existence. La satisfaction pulsionnelle qui résulte d'un trajet pulsionnel soutenu entre deux humains va permettre à l'enfant de lier représentation des choses et représentations de mots. Le vécu émotionnel est nommé par la mère avec des mots ou des images qui peuvent être transmises. La satisfaction pulsionnelle et le besoin physiologique assouvis vont procurer sensation de confort et d'apaisement, qui peut se traduire par un endormissement.

Le plaisir est partagé et va se nourrir des contacts intimes entre mère et enfant :contact œil à œil, peau à peau, bercements, caresses, paroles maternelles, vocalisations du nouveau-né.

Chaque nourrisson exprime ses propres particularités dans l'alimentation (rythmes de succion, pleurs ou agitation...manière de réclamer) que va décrypter sa mère. Par exemple, le type de succion du bébé joue un rôle considérable sur la mère qui peut, dans le cas d'une succion vigoureuse, éprouver un sentiment de fierté ou une certaine angoisse devant l'avidité de l'enfant. (Lebovici S., Stoleru S., 1983).

Selon Bullinger, la désorganisation de la sphère oro-faciale (contexte de handicap, de grande prématurité), aura des répercussions somatiques et des conséquences sur les relations du bébé avec son milieu. Elle va, en effet, entraîner des problèmes alimentaires qui eux même risquent de se traduire par une disqualification de la personne qui ne parvient pas à nourrir (Bullinger A., 2004).

L'auteur décrit une chaîne de composants qui donnent sens au repas incluant:

- la posture donnée à l'enfant et adoptée par lui,
- l'olfaction qui est aussi une situation de contenant,
- la succion. Pour l'auteur, il faut respecter les réponses de détournement que peut manifester le bébé pour ne pas désorganiser la situation de repas,
- la déglutition : elle crée des sensations lors du passage de la nourriture et que l'estomac se remplit,
- la satiété.

L'ensemble forme l'aspect hédonique de l'alimentation, son aspect narratif qui aboutit à l'état de plaisir.

Cette succession est évidemment mise à mal dans l'alimentation par sonde que connaissent les prématurés qui ne peuvent s'alimenter par voie orale.

6.2.2.7. Item 7 : Qualité du contexte familial

La disponibilité et la sécurité affective de la mère sont liées pour partie à ses conditions de vie matérielle, à la richesse de son réseau relationnel, avec une place centrale pour le père.

Père, mère, bébé forment une triade. La fratrie et les grands-parents peuvent aussi jouer un rôle. Les grands-parents, en particulier, peuvent dans certains cas participer à la prise en charge directe de l'enfant lorsque c'est nécessaire.

Les situations de mères isolées, ou de conflits conjugaux sont considérées comme faisant partie des facteurs de risque de troubles psychiques, notamment la dépression, durant la grossesse et le post-partum.

Dans la stratégie préconisée à l'égard des mères à risque il est donc conseillé de :

- susciter autour d'elles un soutien familial et social suffisant,
- informer le compagnon de l'existence de facteurs de risque et lui proposer une aide psychologique.

La prise en charge des difficultés sociales est une autre nécessité.

Pour ce qui est des mères psychotiques, selon Martine Lamour et Marthe Barraco (1998), on a longtemps pensé que si le père était présent et avait un fonctionnement mental sans perturbations sévères, il pouvait jouer un rôle d'aide au mouvement de différenciation objectale chez l'enfant. En fait, selon ces auteurs, la relation du père avec son bébé est elle aussi affectée car ces hommes seraient dans le déni de la pathologie mentale de leur compagne et dans une fascination pour ce type de fonctionnement, restant spectateurs de la fusion prolongée entre mère et enfant.

6.2.2.8. Item 8 : stabilité émotionnelle de la mère

Cet item évalue l'intensité du baby-blues. Les intenses variations thymiques de la mère qui le caractérisent surviennent le plus fréquemment au 3ème jour après l'accouchement. Le baby-blues toucherait entre 50 et 80% des accouchées, il est donc très fréquent. Il disparaît normalement après 1 à 10 jours, d'autant plus facilement que la mère est soutenue par l'entourage.

Le baby-blues se traduit par une tristesse des mères avec des crises de larmes brutales (Lemaître V., 1989). Les mères sont très irritables, leur humeur est variable, elles sont insomniaques et anxieuses. Ce blues serait une réaction physiologique marquant la fin d'un stress physique et mental et serait notamment causé par les changements hormonaux. Le baby-blues n'est pas pathologique mais physiologique.

C'est l'intensité de ce baby-blues que s'attache à évaluer la grille.

6.2.3. Le contexte d'utilisation de la grille

La passation de la grille est réalisée à J3 du post-partum. Lors de la HAD, en revanche, elle a lieu si possible tous les jours. Elle va alors permettre de suivre l'évolution de l'interaction. Par exemple, dans le cas d'une HAD indiquée pour un bébé prématuré, qui ne sera pas facile à comprendre, les items 2 et 4 seront perturbés. Le risque est alors que la mère se dégrade au bout de 10 jours à cause de l'irritabilité de son enfant. Ces difficultés apparaîtront grâce à l'utilisation à répétition de la grille.

6.2.4. La cotation: Analogie avec les échelles de mesure de la douleur

Dans un premier temps, les cotations possibles s'étalaient de 0 à 3. Une étude statistique préliminaire a toutefois laissé apparaître une très grande homogénéité des réponses : les scores obtenus par les trente dyades testées étaient tous très élevés. Une seule situation a semblé plus inquiétante que les autres et reçu un score de 17/24, de manière concordante chez les deux opérateurs qui se sont chargés de la passation. La question de la qualité de discrimination de cette échelle devant la très grande majorité de réponse 3 («très bon») et 2 («moyen») dans une moindre mesure s'est donc posée. Il est vraisemblable que le personnel soignant n'a pas souhaité sanctionner par un mauvais score les interactions ayant été évaluées. Pour éviter ce biais, l'utilisation d'une échelle calquée sur les échelles de douleur pourra être envisagée pour permettre d'avantage de modulations dans la réponse.

Dans la mesure de la douleur, sont utilisées des échelles d'auto-évaluation qui aident à la mesure de l'intensité de la douleur, subjective. Ces outils visent à comparer l'intensité de la douleur à différents moments chez un même patient mais jamais de comparer un patient à l'autre. L'échelle visuelle analogique, EVA, recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (HAS, ex-ANAES), se présente sous la forme d'une réglette à 2 faces orientées de gauche à droite sur laquelle se déplace un curseur. Une face est destinée au patient. Son envers est utilisé par l'infirmière pour mesurer l'intensité de la douleur. L'extrémité gauche de la face patient comporte la mention pas de douleur, la droite douleur maximale imaginable. Le patient doit faire bouger le curseur entre les deux, à un niveau qui lui semble correspondre à la douleur ressentie. L'infirmière retourne alors l'échelle qui sur son envers est graduée de 0 à 10.

Ici nous avons opté pour une cotation de 0 à 7, 0 attestant d'une difficulté importante.

Sujets et méthodes

1. Objectifs

Le **but** de ce travail est **d'évaluer l'intérêt de la grille d'évaluation des interactions précoces de Lille** pour le dépistage de difficultés dans la mise en place des interactions précoces mère-enfant en maternité.

Notre travail se compose de **trois parties** : une partie concernant l'évaluation de la grille en maternité, une autre s'intéressant aux pratiques et à l'intérêt de la grille, vus par une sage-femme et une puéricultrice de Jeanne de Flandre et une troisième, esquissée, s'intéressant à l'utilisation de la grille dans le suivi des hospitalisations à domicile décidées pour soutien d'instauration des liens.

1.1. Évaluation de la grille

1.1.1. Évaluer la valeur diagnostique

Dans un premier temps, nous avons souhaité **évaluer la valeur diagnostique** de la grille d'évaluation des interactions précoces comparée à la valeur diagnostique d'un questionnaire interrogeant le lien mère-enfant (le MIB), lors du dépistage des difficultés d'instauration des interactions précoces mère-enfant.

1.1.2. Étudier un des facteurs pouvant influencer les scores obtenus à la grille

Nous nous sommes ici limités à étudier la relation entre les scores obtenus à la grille et le niveau de dépression maternelle (Baby Blues) (évalué par un questionnaire).

1.2. Intérêt de la grille dans les pratiques en maternité

1.2.1. Reproductibilité inter-opérateurs

Afin de préciser l'apport éventuel de l'outil et d'évaluer la généralisation de son utilisation à une équipe mixte comme celle de Jeanne de Flandre, (composée à la fois de sages-femmes et de puéricultrices), **nous avons comparé l'évaluation des interactions au travers de la grille faite par la sage-femme à celle de la puéricultrice.**

1.2.2. Mesure de l'acceptabilité de la grille

Il nous a semblé important de nous intéresser à l'**acceptabilité** d'un tel outil par les sages-femmes et les puéricultrices et à son insertion éventuelle dans les **pratiques** actuelles par le biais d'un questionnaire.

1.3. Intérêt de la grille dans les pratiques lors du suivi en HAD

Cette partie devra être développée ultérieurement. Il s'agit d'étudier l'utilisation de la grille dans le suivi des hospitalisations à domicile décidées pour soutien d'instauration des liens. Nous ne reprendrons ici que quelques exemples de dossiers de couples mère-enfant ayant fait l'objet d'un suivi en HAD dans l'année écoulée, en apportant les grilles remplies par l'équipe de périnatalité et les sages-femmes de HAD, comme première illustration.

2. Méthodologie

L'étude a été réalisée sur 3 mois et demi (entre novembre 2010 et février 2011) à la maternité Jeanne de Flandre à Lille, au 2^{ème} étage, sur le secteur de la sage-femme impliquée dans l'étude. Nous nous sommes intéressées aux dyades mères-enfant de ce service (mères tout-venant même si Jeanne de Flandre est plus particulièrement concernée par le suivi de grossesses à risque que les autres maternités du secteur).

2.1. Critères d'inclusion :

Ont été retenues les mères :

- séjournant dans le service (une dizaine de chambres) où travaille la sage-femme participant à notre étude,
- se trouvant à J+3 (J0 étant le jour de l'accouchement) les jours où travaillaient à la fois la sage-femme et la puéricultrice retenues pour notre étude, la puéricultrice travaillant à temps partiel. Certains jours, la puéricultrice travaillait le matin : étaient donc vues ces jours-là les mères à J+3 sortantes (les sorties se font en fin de matinée) et les mères à J+3 non sortantes (primipares...). En revanche, les jours où la puéricultrice travaillait l'après-midi, n'étaient vues que les femmes non sortantes puisque les mères sortantes étaient déjà sorties.

2.2. Critères d'exclusion

- Les mères ne parlant pas le français,
- Les mères ne sachant pas lire,
- Les mères dont le bébé était transféré dans d'autres services pour raisons médicales.

2.3. Recueil des données :

2.3.1. auto-questionnaires

À J+3 post-partum, je présentais l'étude oralement à la mère et lui remettais un document d'information écrite. Si la mère acceptait de participer à l'étude, un feuillet de **questionnaires** lui était donné, ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé qu'elle devait signer. Un délai d'environ 15 à 30 min lui était laissé pour répondre aux questionnaires. La brièveté de ce délai s'explique par le fait qu'une grande partie d'entre elles était sortante et avait donc fort à faire.

La partie questionnaires comprenait :

- le questionnaire de lien mère-enfant MIB,
- le questionnaire de dépression du post-partum (EPDS).

(La passation de ces deux questionnaires prend environ 5 à 10 minutes.)

MIB et EPDS étaient cotés immédiatement au sortir de la chambre.

Aspects éthiques

Lorsque la mère présentait un score élevé au questionnaire de dépression (score à l'EPDS supérieur ou égal à 9) le fait était signalé à la psychologue du service pour qu'elle puisse soit rencontrer la mère, soit vérifier que l'information PMI avait bien été réalisée. Une corrélation existe en effet entre un score supérieur ou égal à 9 à l'EPDS en post-partum et un risque de développer une dépression post-natale (risque de 30%).

2.3.2. Cotation de la grille

Le même jour, sage-femme et puéricultrice rencontraient ces dyades, mère-enfant, dans le cadre classique de leur travail en tentant toutefois d'avoir en tête les items de la grille et donc de se placer dans une attitude d'observation.

La grille était cotée ensuite soit au sortir de la chambre soit en fin de journée.

2.3.3. Questionnaire d'acceptabilité

Un questionnaire (donné à la fin de l'étude) a été proposé à la puéricultrice et à la sage-femme de l'étude, afin de recueillir leur opinion concernant :

- les pratiques dans l'évaluation des interactions mère-enfant,
- leur perception de l'outil proposé (la grille d'évaluation des interactions précoces).

2.3.4. Suivi de HAD

Pour illustrer l'utilisation et le rôle que peuvent jouer la grille lors du suivi en HAD, j'ai collecté quelques dossiers de couples mères-enfants ayant suivi une HAD dans l'année écoulée et pour lesquels le service de périnatalité de l'hôpital Fontan et les sages-femmes de HAD ont rempli la grille.

Initialement, je souhaitais faire remplir le questionnaire de dépression (EPDS) et le MIB au premier jour de la prise en charge en HAD, prise en charge actuellement décidée sur la base des dires d'experts. Il est apparu difficile de mettre en place ce dispositif sur le temps qui me restait car:

- il n'est pas toujours simple dans le cas où la mère est en détresse sur le plan psychique de lui proposer de remplir deux auto-questionnaires,
- la fréquence des HAD pour soutien d'instauration du lien correspond à, environ, une HAD toutes les deux semaines.

2.3.5. Outils

2.3.5.1. Le questionnaire MIB (annexe n° 2)

Le MIB est un questionnaire composé de huit items évaluant les sentiments de la mère envers son bébé (Taylor *et al.*, 2005). Les scores vont de **0 à 24**. Un score

élevé signifie qu'il existe un trouble du lien mère-enfant. Le MIB a été conçu pour dépister les problèmes dans le sentiment maternel envers le bébé. C'est un questionnaire court et simple. Ce questionnaire a été validé en français en 2008 (Bienfait M.).

Dans le contexte de notre étude, nous avons retenu ce questionnaire pour sa simplicité, sa brièveté de passation et sa bonne acceptabilité pressentie mais aussi parce qu'il nous semblait que ce qu'il évaluait se rapprochait le plus, dans les outils validés existants, de ce que nous souhaitons dépister : des difficultés d'instauration du lien mère-enfant d'un côté pour le MIB, des difficultés de mise en place des interactions pour notre grille. Toutefois, nous avons bien en tête que le Gold standard en matière de dépistage de difficultés d'instauration des interactions reste l'enregistrement vidéo de séquences d'interactions.

Aucun seuil n'est défini dans la version anglo-saxonne du MIB, mais Marjorie Bienfait (2008) définit à 2 le seuil pour le diagnostic de difficulté du lien mère-enfant avec une sensibilité de 0,9 et une spécificité à 0,8 (90% de chances d'être positif lorsque l'on est porteur du « trouble » (ici des difficultés dans le lien) et 80% d'être négatif lorsque l'on n'est porteur d'aucun trouble). Par ailleurs, elle évalue à **40,9 % le risque d'avoir un trouble sachant que le test est positif** (VPP) c'est-à-dire dès lors que le score obtenu est supérieur à 2 et **98,1% d'être sain sachant que le test est négatif** (score inférieur à 2). Du fait de la distribution des scores très étroite (entre 0 et 6 alors que la notation possible va de 0 à 24), les auteurs de la validation en anglais du MIB (Taylor et al, 2005) suggèrent que le questionnaire est sans doute meilleur pour détecter les réponses les plus « anormales » que pour apprécier les variations subtiles de la normale.

Ce questionnaire peut être utilisé **immédiatement après la naissance** et également après une brève période rétrospective

2.3.5.2. L'EPDS, questionnaire de dépression (annexe n° 1)

Initialement conçu par Cox et al. (1987), (traduit et validé en français par Guedeney et al., 1998), cet auto-questionnaire de 10 items, côté de **0 à 30**, permet le dépistage, dans les premiers jours du post-partum, **des sujets à risque de dépression** et celui des mères déprimées dans les semaines et les mois suivants.

En ce qui concerne **la dépression post-natale**, quelques semaines après l'accouchement, le choix de la valeur seuil à considérer varie selon les études. **Le score seuil** (au dessus duquel les mères sont considérées comme déprimées), optimal en terme de sensibilité et de spécificité **varie entre 9,5 et 12,5** selon les études. Le score seuil optimal suggéré serait ainsi de 10,5 (**supérieur ou égal à 11**), donnant une bonne sensibilité (0,80) et une bonne spécificité (0,92).

L'intensité du post-partum blues s'est révélée prédictive d'un risque dépressif ultérieur : une corrélation hautement significative a, en effet, été retrouvée entre les scores à l'EPDS au cinquième jour du post-partum et à la 6^{ème} semaine. Dans ce cas, à quelques jours de l'accouchement, il a été suggéré qu'un **score de 10** est prédictif d'une dépression du post-partum. D'autres auteurs (Chabrol et al., 2003) ont **utilisé un seuil de 9** pour améliorer encore le dépistage des mères à risque de dépression du post-partum, d'autres encore un score de 8 (Poinso et al., 2001).

2.3.5.3. La grille d'évaluation des interactions précoces (annexe n°4)

Développée par l'équipe de périnatalité du Dr Lemaître au CHRU de Lille, elle comporte 8 items et a pour objectif d'évaluer la qualité des interactions précoces dans un but de dépistage des difficultés nécessitant l'instauration d'une hospitalisation à domicile (HAD) pour soutien d'instauration des liens. Contrairement aux outils mentionnés ci-dessus, il ne s'agit pas d'un auto-questionnaire mais d'une grille d'observation remplie par la puéricultrice ou la sage-femme.

Aucun seuil n'a été défini pour cette grille même si empiriquement un **score de 35 à 40 semble constituer un seuil acceptable**.

Cette grille est utilisée par le service de périnatalité et l'équipe de HAD lors d'un suivi quotidien des mères prises en charge pour difficulté d'instauration du lien.

Elle a fait l'objet d'une étude préliminaire qui concluait à la nécessité de modifier sa cotation, passant d'une cotation de 0 à 3 par item à une cotation de 0 à 7, du «plus en difficulté» au «sans difficulté» (0 à 56 pour l'intégralité de la grille). C'est donc avec cette nouvelle cotation que la grille est désormais utilisée .

La prise en main de la grille s'est faite de façon très rapide. Un document détaillant les différents items (annexe n°5) était joint. La puéricultrice avait déjà participé à une

étude préliminaire menée par un étudiant en médecine, Benjamin Weil, et avait déjà utilisé cette grille avec l'ancienne cotation. Elle était donc déjà formée à l'outil et sensibilisée aux libellés des items, d'autant plus qu'elle prépare par ailleurs un DU de périnatalité. En revanche, la sage-femme n'avait pas participé à l'étude de Benjamin Weil. Elle n'a toutefois pas souhaité que l'explication de la grille soit trop approfondie.

Résultats

1. Analyses statistiques

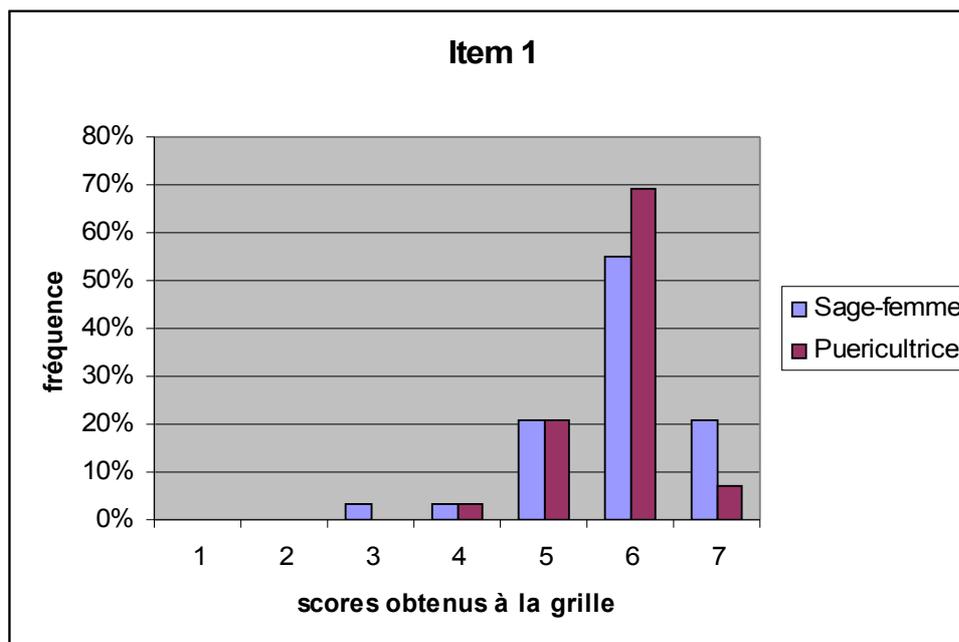
L'analyse statistique a été réalisée au centre d'études et de recherche en informatique médicale (CERIM) de l'Université Droit et Santé de Lille 2.

1.1. Population

Toutes les mères approchées ont accepté de participer à l'étude. Trente-six couples mère-enfant au total correspondaient aux contraintes de l'étude mais 3 (8 %) ont été exclus : 2 parce que les mères ne parlaient pas français ce qui rendait le passage des auto-questionnaires impossible et 1 parce que le bébé avait été transféré pour raisons de santé. La puéricultrice a rencontré et coté 33 dyades, la sage-femme, 29, le différentiel étant imputé le plus souvent par la sage-femme à un manque de temps (les jours où le service était débordé ou que plusieurs mères à J+3 étaient sortantes).

1.2. Données

Voici les résultats des cotations. En abscisse, figurent les scores accordés par les opérateurs pour chaque item et en ordonnée, la fréquence (exprimée en %) d'attribution de ce score. Le gris plus clair représente les cotations de la sage-femme, le gris foncé, les cotations de la puéricultrice.



Item 1: Lecture des besoins (par la mère)

	Scores attribués à l'item 1				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	3,45%	-	20,7%	55,2%	20,69%
Puéricultrice	-	3,45%	20,69%	68,97%	6,9%

Les médianes sont très élevées : 6 pour la sage-femme et la puéricultrice.



Item 2: Bébé facile à comprendre

	Scores attribués à l'item 2				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	-	-	6,9%	55,17%	38%
Puéricultrice	-	-	6,9%	90%	3,45%

La médiane est à 6 pour la sage-femme et pour la puéricultrice.



Item 3: Qualité de la contenance et du holding

	Scores attribués à l'item 3				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	-	-	3,45%	13,8%	82,7%
Puéricultrice	-	6,9%	37,9%	44,8%	10%

La médiane est à 7 pour la sage-femme, à 6 pour la puéricultrice.



Item 4: Bébé facile à calmer

	Scores attribués à l'item 4				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	-	-	6,9%	65,52%	27,59%
Puéricultrice	-	-	20,7%	72,41%	6,9

La médiane est à 6 pour la sage-femme et pour la puéricultrice.



Item 5: Interpénétration des regards

	Scores attribués à l'item 5				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	-	-	6,9%	51,72%	41%
Puéricultrice	10,3%	-	48,28%	31%	10,34%

La médiane est à 6 pour la sage-femme, à 5 pour la puéricultrice.



Item 6: Plaisir partagé au moment de la tétée

	Scores attribués à l'item 6				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	-	-	10%	27,59%	62%
Puéricultrice	-	6,9%	48,28%	34%	10 %

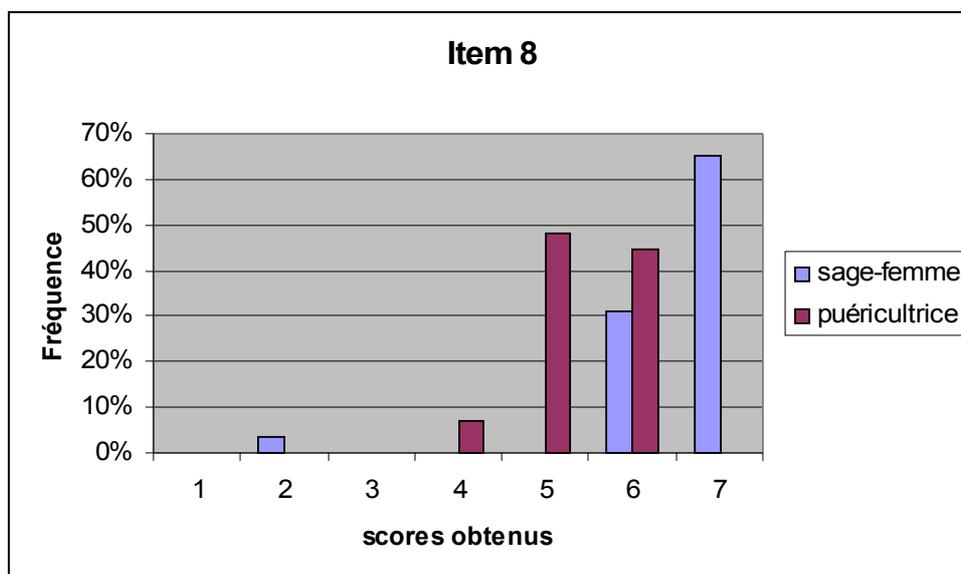
La médiane est à 7 pour la sage-femme, à 5 pour la puéricultrice.



Item 7: Qualité du contexte familial

	Scores attribués à l'item 7				
	3	4	5	6	7
Sage-femme	-	-	3,45%	10,34%	86,2%
Puéricultrice	-	20,7%	41%	31%	6,9 %

La médiane est à 7 pour la sage-femme, à 5 pour la puéricultrice.



Item 8: Stabilité émotionnelle de la mère

	Scores attribués à l'item 8					
	2	3	4	5	6	7
Sage-femme	3,45%	-	-	-	31%	65%
Puéricultrice	-	-	6,9%	48,3%	44,8%	-

La médiane est à 7 pour la sage-femme, à 5 pour la puéricultrice.

Le score total maximum pouvant être obtenu est de 56. Il est à noter que la médiane que ce soit pour la sage-femme (52) ou pour la puéricultrice (45), comme l'intégralité des scores détaillés pour chaque item, sont très élevés.

1.3. Calcul de la reproductibilité inter-opérateurs

La méthode de Fleiss a été utilisée pour mener l'analyse de la reproductibilité pour chaque item.

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8
R4	0,2187	0,1623	0,1099	0,08695	-0,005	0,225	0,066	0,198
Coeff Pearson	0,2374	0,2134	0,0826	0,5968	0,963	0,015	0,140	0,17

Tableau : **étude de la reproductibilité inter-opérateurs par la méthode de Fleiss**

Pour qu'il y ait reproductibilité, R4 doit être supérieur à 0,8. Par ailleurs, il faut noter que le coefficient de Pearson doit être inférieur à 0,0001 pour montrer que les fluctuations se font dans le même sens.

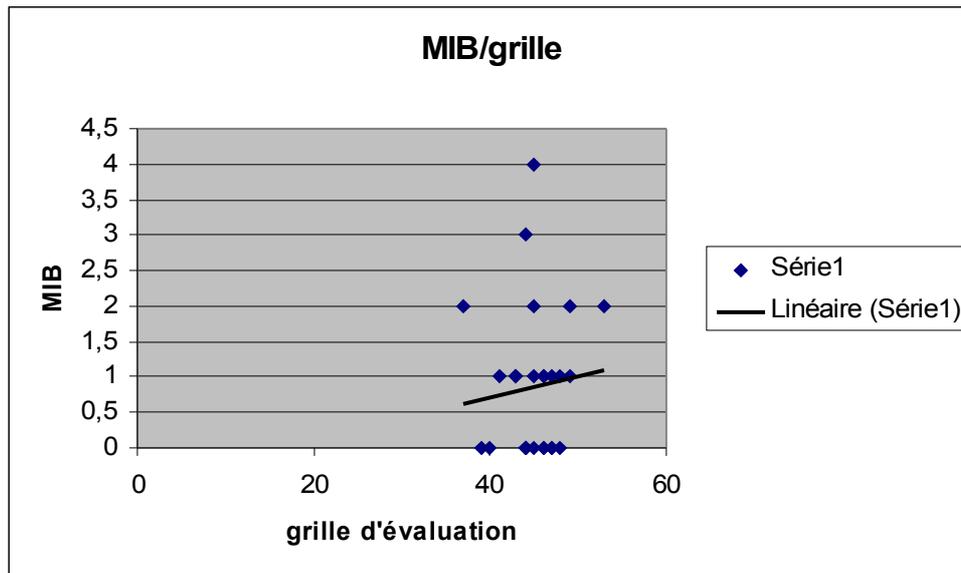
La reproductibilité inter-opérateurs ne peut donc pas être établie sur cet échantillon, et ce quel que soit l'item. Sage-femme et puéricultrice n'ont pas statistiquement évalué de la même façon l'échantillon de dyades étudié.

1.4. Validation externe

Par ailleurs, nous avons regardé la valeur diagnostique de la grille d'évaluation des interactions précoces comparée au MIB qui évalue les difficultés de lien mère-enfant. Il s'agit de regarder si la validation externe par rapport à cet outil est envisageable.

Les scores accordés par la puéricultrice aux 33 dyades ont été mis en relation avec les scores obtenus par les mères au MIB.

Pour observer l'existence d'une possible corrélation, nous avons dans un premier temps, réalisé des graphiques rassemblant scores à la grille et scores au MIB. La forme des nuages de points obtenue sur ces graphiques (vertical alors que ces points devraient s'organiser autour d'une droite) laisse apparaître **qu'il n'existe pas de relation entre les scores à la grille et au MIB.**



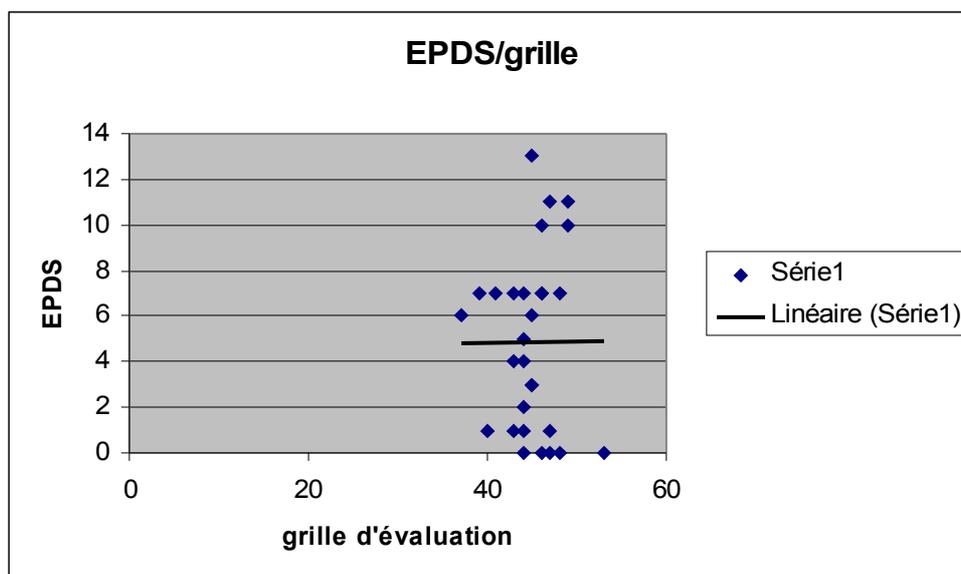
Etant donné l'allure du graphique obtenu, il n'a pas été nécessaire d'entreprendre des calculs statistiques ultérieurs.

Dans notre échantillon, 3 mères (9%) ont dépassé le seuil de 2 établi comme étant le seuil à partir duquel il convient de s'inquiéter du lien mère-enfant.

1.5. Mesure de l'influence de la variable dépression

Nous avons ensuite souhaité étudier la relation entre les scores obtenus à la grille d'évaluation des interactions précoces et le niveau de dépression maternelle (intensité du Baby Blues), évalué par le questionnaire EPDS.

Les scores obtenus à la grille après cotation par la puéricultrice ont été comparés, au sein d'un graphique, à ceux obtenus par les mères avec le questionnaire EPDS. La forme du nuage de points, vertical, permet de conclure **qu'il n'y a pas de corrélation entre les deux tests. La situation de baby-blues ne semble donc pas directement influencer les scores obtenus à la grille, ni même ceux liés à l'item 8 « stabilité émotionnelle. »**



Marjorie Bienfait ne retrouvait pas de corrélation significative entre les **scores des mères au MIB et les scores à l'EPDS** (Bienfait, 2008).

Il est à noter que sur les 33 mères ayant accepté de participer à l'étude, 7 ont obtenu un score supérieur ou égal à 9 à l'EPDS (mais inférieur ou égal à 13) soit 27% de notre échantillon, si on prend ce seuil comme étant celui à partir duquel il convient de s'inquiéter en post-partum immédiat. Les avis des auteurs diffèrent toutefois sur le seuil à considérer, certains avançant le **chiffre de 11**. Dans ce cas, **3 mères ont un score supérieur (9%)**.

2. Évaluation de l'intérêt de la grille dans les pratiques en maternité

2.1. Questionnaires d'acceptabilité de la grille

A l'issue du recueil des données, un questionnaire d'acceptabilité (annexe n°6) a été proposé sous version écrite à la sage-femme et à la puéricultrice. L'idée était qu'elles le remplissent tour à tour en ma présence pour que je puisse recueillir leurs commentaires additionnels. Finalement, pour des raisons d'organisation, je les ai

récupérés une fois remplis. La sage-femme m'a ensuite livré à l'oral ses commentaires tandis que la puéricultrice les avait couchés sur papier.

2.2. Réponses

Toutes deux apportent des réponses très différentes aux deux questionnaires.

Ainsi, à la question 1: **La participation à l'étude sur les évaluations des interactions précoces en maternité vous a-t-elle apporté quelque chose dans votre travail au quotidien ?**

La sage-femme a répondu **non**, tandis que la puéricultrice a répondu **oui** car «elle apporte des repères pour réfléchir à la relation qui commence à s'établir entre une maman et son bébé».

A la question 2: **Le fait de participer à cette étude a-t-il fait naître des questions chez vous ?**

La sage-femme n'a pas répondu. La puéricultrice a répondu oui, car «*il y a plusieurs items à coter, or, on n'est pas très longtemps dans les chambres.*» Pour elle, «*cette grille serait à renseigner à plusieurs.*»

A la question 3: **Diriez-vous que la prise en compte des interactions mère-enfant tient une place importante dans votre travail ?**

Sage-femme et puéricultrice ont répondu oui.

A la question 4: **Avez-vous le sentiment de disposer des outils d'évaluation nécessaires ?**

La sage-femme a répondu non, ajoutant que jusqu'à présent les sage-femmes n'utilisaient pas la grille et que cette utilisation lui a semblé assez difficile. La

puéricultrice a répondu que « cette grille d'évaluation est parlante à titre privé. » Pour elle, l'échelle de Brazelton permettrait d'affiner l'observation.

A la question 5 : Avez-vous craint lors de votre cotation de porter préjudice aux mères?

La sage-femme a répondu par la négative tandis que la puéricultrice a répondu oui, ajoutant que «c'était difficile à exprimer», ajoutant qu'elle craignait que «*le regard porté sur la mère change une fois qu'elle a obtenu un mauvais score.*»

A la question 6 : Sur quoi vous avez-vous le sentiment de vous être basée le plus pour répondre ? avec deux réponses au choix parmi les suivantes : Ce que j'ai pu observer entre la mère et son bébé/ ce qu'elle a pu me dire/ la relation que j'ai avec elle / l'avis du reste de l'équipe/ les antécédents éventuels de la mère/ mon ressenti général sans pouvoir le préciser / autre (préciser)

La sage-femme et la puéricultrice ont souligné «*ce que j'ai pu observer entre la mère et son bébé*» et «*ce qu'elle a pu me dire*». La puéricultrice a ajouté qu'elle avait «*parfois peut-être un avis biaisé par la relation qu'elle a avec la mère.*»

A la question 7 : Par quels autres facteurs (que l'observation des comportements de la mère) pensez-vous être influencée dans votre évaluation au quotidien des interactions mère-enfant ? Avec comme réponses au choix : Mes représentations de la mère/ mon degré d'empathie ou de rejet/ l'opinion des autres membres de l'équipe/ les antécédents de la mère/ la situation sociale/ mon intuition/ autre (préciser)

La sage-femme a répondu «*l'opinion des autres membres de l'équipe*» et «*la situation sociale*» tandis que la puéricultrice a opté pour «*mes représentations de la mère*» et «*les antécédents de la mère*».

A la question 8 : Lorsqu'une mère vous préoccupait dans sa relation à son bébé, sauriez-vous dire sur quels critères ? (avant et après utilisation de la grille)

La sage-femme n'a pas renseigné la question tandis que la puéricultrice a répondu :

«-le portage avec un bébé mal contenu,

-les soins stéréotypés ou pas d'adaptation aux besoins spécifiques du bébé à un moment donné,

-peu de contact verbal,

-l'utilisation de la sucette dès que le bébé pleure (pendant le bain, le change),

-pas de regard vers le bébé pendant la tétée que ce soit au sein ou au biberon.»

A la question 9 : L'utilisation de la grille et de ses items a-t-elle modifiée votre manière d'aborder et d'évaluer les interactions mère-enfant ?

La sage-femme a répondu non tandis que la puéricultrice a répondu oui, expliquant que la grille *«lui avait permis de mettre en «image» des impressions, des intuitions.»*

A la question 10 : Pensez-vous que la grille pourrait être utile en pratique quotidienne pour repérer les mères qui auraient besoin que l'on approfondisse cette question avec elle ?

La sage-femme a répondu non tandis que la puéricultrice a répondu oui, répétant qu'elle devrait *«être renseignée à plusieurs»*.

A la question 11 : Pensez-vous qu'elle pourrait s'ajouter aux propos échangés lors des transmissions ou entre collègues ?

La sage-femme a répondu non, tandis que la puéricultrice a répondu oui.

A la question 12 : Permettrait-elle dans ce cas de prendre en compte des points peut-être pas abordés d'habitude ?

La sage-femme n'a pas répondu tandis que la puéricultrice a répondu oui, ajoutant qu'«*elle permettrait aux équipes de nommer les choses et de les transposer par écrit lors des transmissions.*»

A la question 13 : De manière générale, avez-vous le sentiment que la participation à cette étude vous a permis de préciser comment vous évaluez la relation d'une mère avec son bébé ?

La sage-femme a répondu non, tandis que la puéricultrice a répondu oui, ajoutant que l'utilisation de la grille «*oblige à y penser davantage*», que la grille est «*plus objective.*»

A la question 14 : La participation à cette étude vous a t-elle été pénible dans votre travail quotidien?

La sage femme a répondu «*oui, parfois quand elle se rajoute à une charge de travail déjà conséquente*», ajoutant que «*la cotation par chiffres m'a semblé difficile*». La puéricultrice a répondu «*pénible, non, mais frustrante à remplir seule quand on n'a pas le temps de retourner voir les mamans et qu'on n'a pas pu renseigner tous les items. Les consignes étant de ne pas questionner les mamans.*» (en fait, il s'agissait des consignes de la première étude, revues lors de cette étude-ci.)

3. Évaluation de l'intérêt de la grille dans les pratiques lors du suivi des HAD

Cette partie a seulement été esquissée. Il n'a pas été possible en raison du laps de temps trop court qui me restait et de la difficulté de faire remplir des auto-questionnaires à des mères psychologiquement en difficulté, de faire passer EPDS et

MIB à plusieurs mères au 1^{er} jour de la HAD pour soutien d'instauration des liens qui avait été décidée pour elle et leur bébé.

Toutefois, comme première illustration, je présente ici 3 dossiers de couples mères-enfant ayant fait l'objet d'une HAD pour soutien d'instauration des liens, décidée sur les dires d'experts. Je présente les grilles remplies par l'équipe de périnatalité (le plus souvent la puéricultrice) et par les sages-femmes de HAD.

Les prénoms ont été modifiés et les dates supprimées par souci d'anonymiser les données.

3.1. Abel A.

Les éléments ci-dessous sont tirés d'un courrier adressé à un centre d'accompagnement de la parentalité et soins psychiques du bébé par la psychologue et la puéricultrice du service de périnatalité et des comptes-rendus des sages-femmes de HAD. Je les entremêle ici pour reconstituer la chronologie de l'histoire du couple mère-enfant et pouvoir la comparer aux grilles qui ont été cotées par les sages-femmes le temps de la HAD.

3.1.1. L'histoire d'Abel A. et de sa mère

3.1.1.1. Le contexte autour de la naissance (J0)

Abel A. est né par césarienne à 41s4j. Il pèse 3kg3, il est alors nourri au sein. C'est le premier bébé de la maman, le père n'est pas connu. La maman est très isolée sur le plan familial et social, ses parents sont au pays.

Elle est très fragile avec des antécédents d'anorexie et de consommation de toxiques (anxiolytiques). Elle a cessé de consommer lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte et a rencontré les équipes d'addictologie et de psychiatrie en post-partum.

L'équipe de périnatalité a été sollicitée par l'**assistante sociale et la puéricultrice**, inquiètes et constatant une **irritabilité** chez la maman.

3.1.1.2. Rencontre avec la psychologue et la puéricultrice du service de périnatalité (J5)

La rencontre avec la psychologue et la puéricultrice du service de périnatalité s'est faite à J5 dans le cadre d'une évaluation des compétences du bébé. A leur arrivée, mère et enfant dorment dans le lit de la maman. Celle-ci est très fatiguée car le bébé la sollicite beaucoup pour téter, notamment la nuit. Il s'agit selon elle du seul moyen trouvé pour calmer et endormir Abel.

Abel est décrit comme un **bébé difficile**, ce qui se vérifie lors de la consultation.

Il se montre très vite **irritable** dès le déshabillage, avec des pleurs robustes, il cherche à téter en balayant les mains vers le visage avec des mouvements saccadés, qui l'empêchent de trouver ses doigts et de les insérer. Il est **très difficile à calmer** et il faut utiliser les manœuvres maximales de consolation : emmaillotage, portage très contenant dans les bras, bercements et aide pour sucer son pouce. Malgré tout cela, persistent quelques pleurs et de l'agitation.

Elles n'ont **pas pu observer d'état d'éveil actif**. C'est un bébé qui semble organisé sur le mode on/off.

La maman se montre intéressée par l'évaluation, dans la limite de son état somatique actuel. La césarienne est douloureuse. Elle **pleure beaucoup** depuis son accouchement et **montre de l'anxiété** face aux conditions du retour à la maison et de l'accueil de son bébé, **étant isolée**.

Elle dort très peu car les tétées sont fréquentes. De plus, ses bouts de sein deviennent douloureux. L'équipe soignante a proposé à plusieurs reprises d'emmener Abel en nursery pour soulager la maman mais celle-ci a toujours refusé, exprimant des difficultés à s'en séparer.

Elles proposent d'installer un cocon dans le lit, comme contenant sécurisé, de manière à enrouler Abel et à le rassembler dans l'axe, afin d'éviter l'installation d'une

dyssymétrie trop importante. De plus, il s'agit d'aider Abel à s'endormir dans son lit afin de soulager sa maman et lui permettre de se reposer.

Au final, bien qu'un syndrome de sevrage n'ait pas été identifié, l'irritabilité et l'inconfort d'Abel leur font émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'un **bébé très vulnérable**.

Sa maman a besoin d'être guidée pour comprendre Abel, qui est un bébé difficile, passant par des moments d'agitation intense avec un besoin de succion important. Cela a donc des répercussions sur les rythmes d'alimentation et de sommeil d'Abel qui leur semblent complètement désorganisés à ce jour.

Elles insistent sur **l'importance des installations** pour lui permettre d'être plus confortable et de s'engager ainsi dans la **communication et le plaisir partagé**.

Elles se disent par ailleurs très inquiètes pour l'état somatique et psychique de cette maman qui semble de très bonne volonté mais qui a tous les risques de décompenser et de reconsommer si elle se retrouve seule face à son bébé dans les conditions actuelles.

Elles insistent donc sur l'intérêt de mettre en place une solution de recours sur la quelle la maman pourrait s'appuyer en cas de détresse majeure : travailleuse familiale ? Assistante familiale de type accueil provisoire (AP) avec adaptation préventive du bébé ? Cette solution mériterait d'être pensée le plus rapidement possible avec les professionnels connaissant la situation afin de prévenir une crise plus que probable. Une hospitalisation à domicile pour le retour à la maison est organisée à partir de J8.

3.1.1.3. Mise en place d'une HAD pour soutien d'instauration des liens (à partir de J8)

Une HAD pour soutien d'instauration des liens a donc été entreprise durant 16 jours.

Lors de cette HAD, les sages-femmes notent dans leurs fiches de liaison:

A J12: Abel dort la journée, pas la nuit. Lors du bain, les gestes sont adaptés. Abel présente un bon tonus, il suit bien du regard et est éveillé quand on lui parle.

A J13, il est très agité et difficile à calmer. Il semble très fatigué.

A J15, il est calmé par la tétine et ne veut pas dormir dans le couffin.

A J17, il a mieux dormi et présente un bon tonus. Les interactions visuelles sont de bonnes qualités, la tétée est efficace et Abel s'endort dans son couffin.

A J19, Abel est plus détendu par rapport à la semaine précédente même s'il présente encore des périodes de pleurs. Des conseils sont proposés à la maman: emmailloter le bébé pour le rassurer et instaurer un rituel pour l'endormissement.

A J20, il est plus difficile à calmer. Tout ce qui était instauré l'a énervé.

Il n'y a plus alors de commentaires sur le lien dans les fiches de liaison des sages-femmes.

3.1.1.4. Admission en centre maternel (J24)

A alors lieu une admission en centre maternel. Un suivi périnatalité a été instauré à raison d'une fois/semaine.

3.1.1.5. A 3 mois

Une hospitalisation conjointe a pris le relais à Marcé deux mois plus tard durant 15 jours à temps complet puis en hôpital de jour durant 15 jours.

A partir de ce moment, un relais sur les services de périnatalité de secteur a été établi.

3.1.2. Les grilles d'Abel A. et de sa mère

Items	J5	J13	J59
Lecture des besoins	2	4	2
Bébé facile à comprendre	4	4	4
Qualité de la contenance et du holding	2	6	2
Bébé facile à calmer	3	2	3
Interpénétration des regards	4	7	4
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	2	4	3
Qualité du contexte familial	1	2	1
Stabilité émotionnelle de la mère	1	5	1
Total	19	34	20

Scores obtenus aux grilles de Abel A. et de sa mère remplies par la psychologue et la puéricultrice du service de périnatalité.

Items	J12	J13 matin	J13 AM	J15	J17	J18	J19	J22	J24
Lecture des besoins	3	3	4	5	3	3	5	5	6
Bébé facile à comprendre	5	3	4	5	4	5	5	5	5
Qualité de la contenance et du holding	4	5	6	7	6	6	7	6	7
Bébé facile à calmer	3	1	2	4	5	4	6	6	5
Interpénétration des regards	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	4	4	5	5	6	6	6	6	6
Qualité du contexte familial	0	0	2	2	2	2	2	2	2
Stabilité émotionnelle de la mère	2	3	5	6	4	5	6	6	6
Total	28	26	35	41	37	38	44	43	44

Scores obtenus aux grilles de Abel A. et de sa mère remplies par les sages-femmes lors du suivi HAD

3.2. Ilies

Ilies est né à 39SA+4j, avec un poids de 2kg7. Une HAD a commencé à J12 et a duré 19 jours (J31). Un suivi en périnatalité a été instauré à raison d'1 fois/semaine. A presque 2 mois (J56), un relais avec la puéricultrice du secteur a été instauré(CMP enfants).

3.2.1. L'histoire d'Ilies et de sa maman

Les données ci-dessous mêlent des informations issues d'un courrier écrit à J12 à la puéricultrice de l'Utpas (unités territoriales de prévention et d'action sociale) de secteur par la puéricultrice et la psychologue de périnatalité.

Ilies est le premier enfant du couple, le papa a été expulsé en Algérie en fin de grossesse. La maman a 2 autres enfants de deux unions différentes et seule une, 5 ans, vit avec elle. Le soutien du papa dans sa prise en charge semble très relatif.

Madame est donc **très isolée**, elle a perdu ses parents, sa belle-famille est en Algérie. Elle peut néanmoins compter sur sa sœur et une amie.

La grossesse a été compliquée sur le plan émotionnel, Madame est en effet **fragile** et bénéficie d'un traitement à visée anxiolytique et antidépresseur. Le suivi obstétrical n'a pas été continu. (...)Madame est substituée par Subutex, il n'y a pas d'autres consommations.

Sa situation a été présentée au staff médico-psychosocial de Jeanne de Flandre, pour préparer le séjour en maternité et accompagner au mieux Madame et son bébé.

3.2.1.1. En maternité

L'équipe de périnatalité a rencontré Ilies et sa maman à deux reprises en maternité. Les **liens sont de bonne qualité** entre la mère et son bébé, Madame est dans la **préoccupation maternelle primaire** et Ilies présente de **belles compétences**. Il a un **état d'éveil actif plutôt robuste**, avec un intérêt tout particulier pour la voix et le

visage, ce qui narcissise beaucoup sa maman. On observe quelques tentatives de jonctions main bouche. Néanmoins, Ilies présente **quelques signes de vulnérabilité** (éternuements, trémulations) mais ses scores de Finnegan restent assez faibles (Test permettant de diagnostiquer d'après des critères cliniques un syndrome de sevrage chez les nouveau-nés de mère ayant pris de opioïdes, des amphétamines, de la cocaïne ou des solvants. Il y a traitement si ces scores sont supérieurs à 11) et il n'est pas encore question de syndrome de sevrage. C'est la grande crainte de Madame, qui a déjà connu ça avec sa fille et qui en garde un très mauvais souvenir. Madame garde donc beaucoup Ilies à bras, le **portage est très contenant** et Ilies semble **détendu et confortable**. Mme prend beaucoup de plaisir à l'allaiter, il s'agit de son premier allaitement, **la tétée observée est harmonieuse** et Ilies semble bien s'y retrouver.

Madame aura l'occasion de rencontrer des médecins durant son séjour pour réajuster son traitement. En effet, **l'état émotionnel de Mme s'est quelque peu dégradé** au fur et à mesure du séjour et madame a eu besoin, à grands regrets, de reprendre son traitement. Le pédiatre conseille à Madame de proposer à son bébé une alimentation mixte pour limiter les effets de son traitement sur Ilies. Madame supporte mal cette situation, ayant beaucoup investi l'allaitement maternel. Parallèlement, on découvre un souffle cardiaque chez Ilies, nécessitant un contrôle à quelques semaines de vie. Madame vit aussi très mal la séparation d'avec sa fille de 5 ans, gardée par sa sœur.

3.2.1.2. J9

L'équipe revoit Ilies et sa maman à J9, Ilies ne présente toujours pas de signe d'un syndrome de sevrage mais il est **moins présent dans la relation**, dans un état de somnolence, plutôt hypotonique. Les rythmes d'alimentation sont plutôt désorganisés. Madame se sent très mal et est donc **moins réceptive aux signaux** de son bébé. Elle nous confie avoir fait tomber son bébé durant la nuit et supporte très mal ce qu'il s'est passé. Elle se culpabilise énormément et dit craindre les

conséquences pour son bébé. Madame semble **très en colère, irritable** et se dit prête à exploser. Nous prenons conscience à ce moment là des fragilités de Mme et l'impact que cela a dans sa qualité de présence et de contenance à son bébé.

Ilies est donc gardé en observation selon le protocole, et le séjour est également prolongé en raison du risque de sevrage aux benzodiazépines qui s'exprime à partir du 10^{ème} jour de vie. Malheureusement, la maman de Ilies est dans l'impossibilité de rester auprès de lui, ayant promis à sa fille, que toute la famille serait réunie ce lundi. Madame décrit un lien très fusionnel avec sa fille et craint de la décevoir et qu'elle ne soit jalouse d'Ilies. Le bébé est donc transféré à **9 jours de vie** dans l'unité Arc en Ciel pour poursuite de la prise en charge. Mme est effondrée par cette séparation. L'équipe de périnatalité fait le choix de faire confiance à cette maman, face à l'authenticité de ses émotions et de sa culpabilité.

3.2.1.3. Un état de sevrage affectif (J11)

Elles conviennent de se revoir à J11, à Arc en Ciel. Ilies est dans un **état d'agitation** avec quelques traces de griffe sur le visage. Les **conditions environnementales** dont il bénéficiait en maternité ne sont pas réunies : bruits, présence d'autres bébés, lumière, séparation avec sa maman qui ne peut venir que l'après-midi, accompagnée d'Inès. Cela a des effets sur son état, **Ilies pleure beaucoup**, a des accès d'hypertonie, la prise des biberons est plus laborieuse, et ses scores de Finnegan sont beaucoup plus élevés. Il reçoit alors de l'Effergal et la question de la morphine se pose pour le soulager. Quand sa maman est auprès de lui, Ilies se calme plus facilement. A ce moment-là, il nous semble que **Ilies souffre d'un syndrome de sevrage affectif brutal, plutôt que d'un sevrage médicamenteux**, même si son état nécessite une vigilance accrue, en raison du risque de syndrome de sevrage tardif. Mme décrit un mal-être important depuis cette séparation, elle présente une **tristesse de l'humeur** avec des difficultés à s'endormir qu'elle ne présente pas habituellement. Elle reste rongée par la culpabilité, persuadée qu'elle est responsable du transfert de son bébé.

L'équipe craint que la situation se dégrade, tant du côté de Ilies qui semble souffrir de cette séparation et qui risque de se désorganiser plus encore, ce qui nécessiterait une surveillance et l'introduction d'un traitement médicamenteux pendant plusieurs semaines. Mais aussi du côté de la souffrance psychique de la mère face à la situation, car elle ne peut assurer cette présence continue de bonne qualité qu'elle assurait à la maternité.

Psychologue et puéricultrice échangent donc avec le pédiatre d'Arc en Ciel pour imaginer une prise en charge adaptée et respectueuse de tout le monde, avec une surveillance médicale nécessaire pour Ilies. Les examens prodigués suite à la chute sont normaux mais il faut rester attentif aux signes d'inconfort d'Ilies.

L'équipe de périnatalité propose alors un étayage très soutenu et contenant, avec l'organisation d'une hospitalisation à domicile, pour la surveillance de l'état de santé d'Ilies et pour veiller à la qualité des liens entre Mme et son bébé. L'équipe de périnatalité passera à domicile pour s'en assurer. Mme pourra continuer à être soutenue par la travailleuse familiale, dont le temps de présence va être augmenté à 3 fois/semaine, elle pourra également compter sur l'intervention de la puéricultrice de PMI, très mobilisée pour cette situation. Enfin, Ilies sera revu très régulièrement à Arc en ciel par la pédiatre, qui le réhospitalisera si nécessaire, et par la psychologue qui veillera à l'état émotionnel de Madame.

Au final, l'équipe reste préoccupée par **l'isolement et par l'état émotionnel** de cette maman.

Il lui semble néanmoins important de rester cohérent dans la prise en charge en gardant un regard bienveillant sur cette situation, travaillant l'alliance avec cette maman, qui semble bien s'appuyer sur les professionnels en accordant sa confiance. Sa vulnérabilité montre que cette confiance est fragile. Il faut donc s'assurer de la préserver pour la soutenir en tant que maman, ce qui aura sans nul doute des effets bénéfiques sur le développement psychoaffectif d'Ilies.

Cela passe par des liens téléphoniques réguliers entre les différents professionnels qui accompagnent cette famille. Il serait pertinent d'organiser une réunion de synthèse à la fin de l'hospitalisation à domicile pour penser la prise en charge ultérieure.

3.2.1.4. La prise en charge en HAD (à partir de J13)

J13: La maman est calme et contente. Le bébé est calme et dort paisiblement. Le score de Finnegan est à 2. Le lien mère-enfant semble bon. La travailleuse familiale viendra 3 fois par semaine et la puéricultrice de PMI passe l'après-midi.

J14: Le bébé a des coliques. La maman l'a massé avant le biberon et parvient à le calmer. Le portage et les capacités de réassurance sont de bonne qualité. Le lien mère-enfant semble bon.

J15: le bébé est calme à l'arrivée. Le holding est de bonne qualité, la maman est attentionnée.

J17: au moment du bain, le matin, le bébé est très agité, la respiration est saccadée, il pleure (cri aigu). Il est calmé dans les bras de la maman puis par la tétine.

J18: le bébé est calme. Des techniques d'embaillotage sont proposées à la maman.

J19: il pleure et est hypertonique et est difficile à calmer malgré l'embaillotage. Il présente des problèmes de transit.

J20: le bébé est plus calme, il est embailloté.

J21: La sage-femme observe une nette amélioration. Ilies dort 6h d'affilée dans la nuit. Le bain se passe mieux d'après la maman.

J22: Le bébé est calme et regarde beaucoup sa maman.

J23: Le lien mère-enfant semble bon. Le score de Finnegan est à 0.

J24: le bébé est calme, détendu, éveillé.

J26: 43/49

J28: rien à signaler en ce qui concerne le lien mère-enfant.

3.2.2. Les grilles d'Illies et de sa mère

Items	J4	J9	J18	J23
Lecture des besoins	5-6	3	6	6
Bébé facile à comprendre	5-6	4	4	5
Qualité de la contenance et du holding	5-6	3,5	6	6
Bébé facile à calmer	4-5	4	4	5
Interpénétration des regards	6	3,5	7	4
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	6	3	7	4-5 (yeux fermés)
Qualité du contexte familial	2	1	2	1
Stabilité émotionnelle de la mère	2	1	1	3-4
Total	39	23	37	34-36

Scores obtenus aux grilles remplies par la puéricultrice et la psychologue de périnatalité

Items	J13	J14	J15	J21	J22	J23	J25	J27
Lecture des besoins	6	5	6	6	6	7	7	7
Bébé facile à comprendre	6	4	5	5	6	7	7	7
Qualité de la contenance et du holding	5	6	6	7	7	7	7	7
Bébé facile à calmer	6	5	5	7	7	7	7	7
Interpénétration des regards	7	7	6	6	7	7	7	7
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	-	-	-	-	-	-	-	-
Qualité du contexte familial	2	2	2	2	2	2	2	2
Stabilité émotionnelle de la mère	5	5	6	6	6	6	6	6
Total	37/49	34/49	37/49	39/49	41/49	43/49	43/49	43/49

Scores obtenus aux grilles remplies par les sages-femmes le temps de la HAD d'Illies

et de sa maman

3.3. Abel B.

Abel B. est né à 36SA+4j avec un poids de 2Kg4. Abel a été transféré dans l'unité de réanimation néonatale pendant 24h pour une hypoventilation d'évolution rapidement favorable.

Une HAD pour soutien d'instauration des liens a été mise en place de J13 à J21, durant 8 jours. Depuis la naissance d'Abel, la dyade a été suivie en périnatalité 1 fois/semaine. A 4 mois, le relais se met en place sur le service d'aide à la parentalité du secteur.

Abel B. est le 3^{ème} enfant vivant de Mme. Tous les enfants sont de pères différents, les 2 aînés sont confiés aux grands-parents, les relations avec les parents de Madame sont difficiles.

3.3.1. L'histoire d'Abel B. et de sa mère

3.3.1.1. Violence conjugale, risque de syndrome de sevrage et isolement: le contexte autour de la naissance

Les informations qui suivent mêlent compte-rendu de la prise en charge d'Abel par l'équipe de périnatalité lorsqu'Abel a 4 mois et données laissées par les sages-femmes de la HAD dans les fiches de liaison lors du suivi d'Abel et de sa mère.

L'équipe a été sollicitée par la maternité, inquiète face aux nombreuses fragilités de la situation (placement des aînés, toxicomanie des deux parents, violences conjugales).

3.3.1.2. A la maternité

L'équipe de périnatalité a rencontré Madame et son bébé Abel à plusieurs reprises en suite de couches. Elles sont très bien accueillies par cette maman, ravie qu'on lui porte attention ainsi qu'à son bébé. Mme se sait très fragile et capable de reconsommer. Elle compte beaucoup sur le soutien des professionnels pour

l'encourager et la valoriser, **ne pouvant s'appuyer sur sa famille et son conjoint selon ses dires**. L'environnement très contenant de la maternité lui est bénéfique, elle s'y sent bien et en sécurité. Son envie de bien faire transparaît beaucoup, elle souhaite réussir avec ce bébé, ce qu'elle n'a pas pu faire avec ses aînés, placés rapidement.

Pour cela, elle a besoin de l'appui concret des professionnels afin de la guider dans la prise en charge d'Abel, parfois approximative dans les soins de base qu'elle lui apporte. **Madame a également tendance à faire passer ses besoins propres, notamment affectifs, avant ceux de son bébé.**

L'équipe de périnatalité est très inquiète pour l'état d'Abel, qui semble fragile en lien avec les toxiques qu'il a reçus in utero. Il se désorganise facilement et **se montre très irritable**. Aussi, il semble déjà en difficultés dans la régulation de ses états émotionnels. Elles n'ont pas rencontré le papa lors du séjour à la maternité, mais **celui-ci ne semble pas partie prenante des soins** proposés pour le retour à la maison.

3.3.1.3. A J8

Si Abel a été très calme pendant les premiers jours, ce qui a rassuré sa maman, à J8, il se désorganise rapidement à la moindre sollicitation. Il montre de nombreux signes de stress dès les premiers items du Brazelton, qui devra être écourté.

Alors qu'il est en sommeil léger, il ne supporte ni la lumière ni le hochet. Cela se traduit par:

-une surcharge du système nerveux autonome : légers geignements, respiration rapide et un changement de coloration,

-une fatigue du système moteur : mouvements saccadés et inefficaces et une augmentation du tonus,

-une surcharge du système des régulations des états d'éveil : pleurs difficiles à consoler et cris perçant, bâillements et hoquet.

Il lui faut un long moment et des manœuvres de consolabilité maximales (portage très contenant, bébé enroulé, bercements, doigts de sa maman qu'il tète ainsi que des caresses) pour qu'il parvienne à se détendre et à se mouler dans les bras.

3.3.1.4. La décision d'une HAD

Suite à une réunion de synthèse avec le secteur et l'équipe de maternité, une **information préoccupante** est demandée. **Il est convenu d'un accompagnement très soutenu à la maison en organisant une hospitalisation à domicile**, avec le passage quotidien, à plusieurs moments de la journée d'une sage-femme et de la puéricultrice de périnatalité.

Cet étayage a permis à la maman de prendre confiance en elle et de se protéger de son conjoint en demandant un hébergement au foyer l'Abri.

Cela a également permis de protéger au mieux Abel des dangers auxquels l'expose la complexité des relations conjugales de sa mère, en offrant à Madame l'occasion d'assurer elle-même les soins maternels.

3.3.1.5. Après la HAD: un étayage toujours important

L'**hospitalisation à domicile s'est terminée au bout de 10 jours** mais l'étayage est resté très important : visites à domicile de la puéricultrice une fois par semaine, consultations en PMI régulières, soins pour Mme à Boris Vian, et contenance et accompagnement soutenu de la part de l'équipe éducative du foyer l'ABRI puis de l'accueil mère-enfant d'Hellemmes.

3.3.1.6. A 4 mois

A 4 mois, Abel montre un **attachement de qualité** à sa mère et une forte capacité d'adaptation à son instabilité. Sa difficulté à lâcher un comportement de vigilance

face à son environnement ne nous permet pas d'évaluer correctement son niveau de développement.

Abel est capable d'être **un peu plus présent dans la relation** avec un regard habité et **du plaisir, mais sur un temps très court**, et sans initier le contact avec l'autre.

Il n'a pas encore été établi de moyens souples et autonomes pour réguler ses émotions. Madame parvient encore à utiliser les ressources et aides qui lui sont proposées pour assurer ses responsabilités parentales. Pourtant, la situation conjugale n'a pas changé et **Abel et sa mère restent gravement vulnérables face à cette violence imprévisible.**

Abel a besoin d'un cadre de vie calme et sécurisé au moins pour les 2 ans qui viennent afin de développer ses capacités exploratoires et d'intérioriser des limites permettant la structuration de sa personnalité. Tout retard dans la mise en place d'un tel cadre risque de ralentir son développement et de mettre en péril son équilibre ultérieur.

Aussi, les soins pour Abel et le soutien de Mme dans le repérage et le respect des besoins de son bébé nous semblent indispensables à poursuivre.

3.3.2. Les grilles d'Abel B. et de sa mère

Items	J8	J14	J23
Lecture des besoins	1-2	2	2
Bébé facile à comprendre	3-4	3	1
Qualité de la contenance et du holding	2-3	3	3
Bébé facile à calmer	3	3	3 car demande d'attention
Interpénétration des regards	1-2	0	2 mais à réévaluer (bb fatigué)
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	3	3	3
Qualité du contexte familial	1	1	0-1
Stabilité émotionnelle de la mère	2-3	2	3
Total	16-21	17	17-18

Scores obtenus par Abel B. et sa mère aux grilles remplies par la psychologue et la puéricultrice d'épérinatalité

Items	J14	J15	J17	J18
Lecture des besoins	2	2	3	3
Bébé facile à comprendre	6	3	4	4
Qualité de la contenance et du holding	5	3	3	2
Bébé facile à calmer	6	3	5	5
Interpénétration des regards	0	0	2	1
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	-	-	-	-
Qualité du contexte familial	1	1	1	1
Stabilité émotionnelle de la mère	2	2	2	2
Total	22	14	20	18

Scores obtenus par Abel B. et sa mère aux grilles remplies par les sages-femmes le temps de la HAD

Discussion

1. Le contexte

La réduction des temps de séjour en maternité impose la mise en place d'outils de repérage des difficultés d'instauration des interactions précoces, dès J+3, pour que puisse être notamment proposé un allongement de la prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation à domicile pour difficultés d'instauration du lien (HAD). L'objectif est, en repérant ces difficultés, d'intervenir très précocement, réduisant ainsi l'impact très négatif que des troubles des interactions peuvent avoir sur la relation et le développement de l'enfant.

La passation de cet outil en maternité doit être rapide pour pouvoir être généralisée. C'est pour ces raisons qu'a été développée, à Lille, la grille d'évaluation des interactions précoces, qui a pour but d'objectiver des difficultés dès la maternité, d'aider à la décision d'une instauration de HAD, et lors de cette HAD, de suivre au quotidien l'évolution des interactions pour aider à décider du moment d'arrêt de cette prise en charge.

C'est dans ce contexte que nous avons regardé :

- la **reproductibilité inter-opérateurs entre sage-femme et puéricultrice** à la maternité Jeanne de Flandre,
- la **valeur diagnostique de la grille comparée à un autre outil, le questionnaire du lien mère-enfant (MIB) et l'influence de certains facteurs, ici la dépression post-partum (baby-blues)**.

Ni la reproductibilité inter-opérateurs sage-femme-puéricultrice ni la validation externe de la grille face au MIB n'ont pu être établis avec le mode opératoire que nous avons retenu; ces résultats sont riches d'enseignements et s'inscrivent dans un travail et une réflexion de plus grande ampleur.

2. Interprétation des résultats

2.1. Reproductibilité inter-opérateurs

La reproductibilité inter-opérateurs dans cette étude, entre une sage-femme et une puéricultrice, n'a pas été établie. Il apparaît que sage-femme et puéricultrice n'ont pas coté de la même façon les dyades qu'elles ont observées.

Ces résultats sont à rapprocher de l'analyse des questionnaires d'acceptabilité qui laisse apparaître des disparités très importantes dans les approches respectives de la puéricultrice et de la sage-femme.

En effet, alors que **la puéricultrice montre un intérêt fort pour la grille comme élément d'objectivation de possibles difficultés d'interaction** -craignant toutefois un étiquetage des dyades en difficulté- **la sage-femme ne lui trouve aucun intérêt**, pire elle le vit comme une possible charge de travail supplémentaire -ce qui n'est peut-être pas faux-, un charabia et se montre sceptique face aux difficultés que peuvent rencontrer certaines des mères qui passent dans son service.

2.1.1. Deux vécus très différents

Nous proposons quelques facteurs explicatifs de cette différence de vécu et ressenti :

- le **recrutement de la sage-femme et de la puéricultrice** pour cette étude : la puéricultrice, déjà impliquée dans l'étude préliminaire de Benjamin Weil, a exprimé rapidement son accord pour participer à cette seconde étude. En revanche, le recrutement de la sage-femme n'a sans doute moins résulté d'un choix personnel que d'une chose imposée ; il a peut-être été vécu comme une contrainte.

- la **teneur du travail de la sage-femme et de la puéricultrice** (à Jeanne de Flandre). Le travail est, en effet, très compartimenté à Jeanne de Flandre : la puéricultrice s'intéresse essentiellement au bébé, la sage-femme à la mère. Cette compartimentation peut expliquer leur ressenti quasiment à l'opposé concernant l'intérêt de la grille.

-la **sensibilisation à la problématique de la mise en place des interactions précoces**, qu'on la relie ou pas à la formation. Alors que la puéricultrice suit un DU

de périnatalité et est, par conséquent, d'emblée sensibilisée aux problématiques ciblées par la grille, la sage-femme se montre peu consciente de l'ampleur des difficultés existant dans la population des mères accouchant à Jeanne de Flandre (Cf réponses au questionnaire) et donc peu soucieuse de mettre en place une action de prévention pour y remédier. Au contraire, cette action est vécue comme la crainte de voir la charge de travail s'alourdir, ce qui peut toutefois être justifié.

2.1.2. Ces facteurs pouvant justifier la différence de perception de la grille et de l'étude peuvent-ils expliquer les différences de cotation ?

La grille laisse une place importante à l'observation empathique, très difficile à mener dans le temps très court et déjà très rempli du travail mené auprès des couples mère-enfant par la sage-femme et par la puéricultrice. Il nous semble qu'**une différence de sensibilité et de formation aura nécessairement un impact sur la perception d'éventuels dysfonctionnements, parfois très ténus**. Le document explicatif associé à la grille n'a pas suffi à sensibiliser la sage-femme qui n'a pas montré beaucoup d'intérêt aux explications apportées par ailleurs à l'oral.

Peut-être, dans un premier temps, aurait-il mieux valu, pour évaluer la reproductibilité inter-opérateurs, travailler avec deux puéricultrices. L'étude de la reproductibilité entre sage femme et puéricultrice aurait alors pu n'être envisagée que dans un second temps.

2.1.3. La constitution de l'échantillon

L'absence de reproductibilité inter-opérateurs peut trouver une autre explication dans la constitution de notre échantillon.

En effet, selon les dires d'experts (pratique de la sage-femme, de la puéricultrice, réunions de transmission qui sont des lieux d'échanges entre les différents types de personnels prenant soin des dyades), **l'échantillon étudié, sans que ce soit voulu, s'est révélé sans difficulté d'interactions majeures**. Aucune des mères de l'échantillon n'a ainsi fait l'objet de prescription de HAD que ce soit pour raisons médicales ou pour trouble d'instauration des liens.

Parmi les bébés, une seule situation de handicap « déclaré » a été rencontrée, une fente labiale chez le bébé d'une dame déjà mère de deux enfants, qui ne s'est pas montrée en difficulté face à ce handicap.

Nous nous sommes donc trouvés face à une population sans pathologie lourde et n'ayant à aucun moment inquiété l'équipe. Le fait que l'échantillon se situait dans la population « normale » peut expliquer que nous n'ayons pas observé de reproductibilité. On pourrait, en effet, imaginer -même si cela reste à démontrer- que **face à une situation dans laquelle l'interaction est très déficitaire (notamment dans certains des cas listés dans la partie théorique) les cotations de la sage-femme et de la puéricultrice auraient évolué dans le même sens.**

Dans ce cas, **ce que nous avons observé ne serait que des variations normales à l'intérieur d'un échantillon de couples mère-enfant sans interaction défectueuse.** Ce point devra être vérifié.

2.2. Validation externe

Il ressort de notre étude que la valeur diagnostique de la grille à J+3, comparée à la valeur diagnostique du MIB, ne peut être établie. **Nous en déduisons que notre grille et le MIB n'évaluent pas la même chose dans le cadre de notre échantillon.**

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer le fait que grille et questionnaire semblent ne pas mesurer le même phénomène :

2.2.1. Le choix du MIB comme outil de comparaison

-Le MIB est un auto-questionnaire, c'est-à-dire qu'il s'appuie sur les dires de la mère qui peuvent ne pas correspondre à la situation objective. En effet, il est tout à fait possible qu'une mère présente un lien de bonne qualité avec son enfant (dans son discours), mais que la qualité des soins concrets observés fournis à l'enfant soit en décalage et éventuellement problématique. C'est un biais inhérent à tout auto-questionnaire.

On aurait donc pu penser que les scores au MIB auraient tendance à être plus positifs que ceux des grilles mais nous avons rencontré 2 mères avec un score

supérieur à 2 au MIB, seuil défini par l'étude de Marjorie Bienfait. Toutefois, celle-ci rappelle dans son étude que ce seuil laisse apparaître des faux positifs qu'il convient d'éliminer après entretien.

-Par ailleurs, si MIB et grille d'évaluation des interactions précoces évoluent dans la même sphère, celle du post-partum immédiat, **les deux tests n'évaluent pas exactement le même phénomène.**

2.2.2. Que mesure le MIB ?

En effet, le MIB s'intéresse au lien mère-enfant, exprimé par la mère. Il ne prend pas en compte d'autres éléments déterminants pour l'interaction que sont la situation familiale, le tempérament du bébé..., éléments qui entrent dans la liste des items de la grille d'évaluation des interactions précoces. **Or, s'intéresser au lien mère-enfant n'est qu'une partie de la réponse à la question de l'évaluation de la relation mère-enfant.**

Ces éléments sont, en revanche, pris en compte dans la grille et peuvent venir influencer sur les items s'approchant plus spécifiquement du lien. Ainsi, dans certains cas, un lien vécu comme difficile par la maman peut se voir compensé par d'autres facteurs : présence du père.... Dans une telle situation, la grille « considère » que le lien n'est pas encore optimal mais que tous les éléments sont en présence du côté de la mère, du bébé et de l'environnement pour que cette difficulté des premiers jours soit surmontée. Le score total ne laissera alors pas apparaître de raison d'inquiétude.

Ainsi, dans le cas d'une maman présentant des variabilités d'humeur, l'item stabilité émotionnelle a reçu une mauvaise note avec notre grille (2/8 par la sage-femme) mais s'est trouvé compensé par les autres items, notamment la présence d'un père très soutenant. Cette dyade n'a donc pas inquiété l'équipe.

Enfin, **nous nous sommes trouvés face à une population sans difficulté, ce qui a pu cacher une possible corrélation entre les deux outils lorsque ils étaient confrontés à des situations pathologiques.** On peut rappeler que le MIB est connu pour ne mettre en lumière que des situations difficiles. Les auteurs de l'étude de validation (Taylor et al., 2005) avancent, en effet, que la distribution des scores très étroite suggère que le questionnaire est sans doute meilleur pour détecter les

réponses les plus « anormales » que les variations subtiles de la normale. L'étude de Bienfait détermine un seuil à 2, conseillant fortement toutefois le passage d'un entretien comme moyen d'écartier les faux positifs. Selon elle, cet entretien devra permettre le repérage de quelques points qui paraissent importants d'aborder avec les mères (vécu de la grossesse, de l'accouchement, environnement, soutien social, relation avec le papa). C'est cet entretien qui aura une visée « diagnostique » (à la recherche de difficultés dans la mise en place du lien et/ou d'une difficulté autre dans la relation) et non pas seulement le score au MIB. Il serait utile de regarder à nouveau l'existence d'une éventuelle corrélation entre les deux outils dans des situations identifiées comme étant difficiles.

2.3. Évaluation de l'influence de la dépression post-natale ou du baby-blues (EPDS)

Dans notre population de 33 mères, 5 mères ont eu un score à l'EPDS égal à 0. Une étude française s'est intéressée à la signification des scores nuls à l'EPDS (Ayissi L. et Hubin-Gayte M., 2006). Il semble que ces scores puissent refléter davantage des **réponses d'évitement** que l'absence de pathologie. Pour Lyons-Ruth, les comportements interactifs des mères ayant un **score de 0 à l'EPDS** ressemblent davantage à ceux des mères dépressives qu'à ceux des mères non dépressives (Lyons-Ruth K., 2005).

On peut aussi penser, les mères n'étant qu'à J+3, que les manifestations, qu'elles soient très légères ou plus intenses, des modifications d'humeur liées à l'accouchement (signes de baby-blues) ne se soient pas encore produites.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre les scores obtenus à la grille et les scores à l'EPDS. En effet, on ne retrouve pas de scores plus élevés (et donc moins bons) à la grille dans le cas où des scores à l'EPDS plus élevés ont été notés. Si les données de la littérature font état du lien fréquent (mais non systématique) entre dépression et trouble du lien (Kumar, 2001; Taylor et al., 2005), les choses sont différentes à J+3. Trois jours après l'accouchement, l'EPDS ne mesure pas en effet la présence d'un état dépressif qui a statistiquement un impact sur les interactions mais un **risque dépressif pouvant se traduire, plus tard, par un trouble du lien.**

Nous n'avons pas non plus trouvé de corrélation entre l'item 8 de la grille, item « stabilité émotionnelle de la mère » et l'EPDS. Cette absence de lien peut être imputée au fait **que la dépression post-natale ne se traduit pas par une labilité émotionnelle (à imputer au baby-blues) mais plus par un ralentissement, une atonie.**

Il semble donc que les phénomènes mesurés par la grille constituent une dimension indépendante du niveau de blues mesuré par l'EPDS à J+3.

Il faut noter que l'étude de Marjorie Bienfait ne trouvait pas non plus de corrélation entre les scores au MIB et les scores à l'EPDS. Dans deux autres études concernant le MIB, une corrélation faible était retrouvée avec l'humeur maternelle (mais mesurée avec des outils différents que l'EPDS dans une étude, (Wittkowski et al., 2007) ou à un temps plus tardif dans l'autre étude (Taylor et al., 2005).

2.4. « Acceptabilité » de la grille et insertion dans les pratiques en maternité

Les réponses apportées au questionnaire par les deux opératrices laissent apparaître une acceptabilité mitigée. La puéricultrice reconnaît l'intérêt d'un tel outil pour objectiver des ressentis.

Elle souhaite :

-que la cotation soit collective afin que tous les items puissent être renseignés dans de bonnes conditions d'observation

-que, dans un second temps, la grille soit incluse dans la réflexion menée lors des transmissions durant lesquelles les aspects concernant les difficultés d'instauration des premiers liens sont parfois mis au second plan, voire totalement négligés.

En revanche, **la sage-femme ne reconnaît pas le bien-fondé de l'outil et, logiquement, rejette l'idée de son utilisation.** Elle minimise les difficultés d'instauration des liens, doutant qu'elles puissent concerner les mères dont elle a à s'occuper à Jeanne de Flandre. Par conséquent, la grille lui semble plus constituer une juxtaposition de « termes psy », plus ou moins abscons, qu'une véritable aide.

Paradoxalement, elle décrit une situation de difficulté, regrettant qu'à ce moment-là, la grille n'ait pas été utilisée. Ainsi, tout naturellement dans cette situation de non reconnaissance de la nécessité d'un outil d'objectivation des difficultés, la grille apparaît comme quelque chose de plaqué, plus une source d'ennuis et de travail supplémentaire qu'une aide.

Il apparaît donc nécessaire que, pour qu'un tel outil puisse être utilisé de manière bénéfique et courante dans un service de maternité, un gros travail de sensibilisation en amont soit mené. Le personnel ne doit pas avoir la sensation de se voir imposer une tâche de plus, plus ou moins déconnectée de sa réalité, mais au contraire vivre l'outil comme une aide dans une démarche de prévention ayant un réel impact.

2.5. Utilité de la grille dans le suivi des couples mères-enfant en périnatalité et en HAD

2.5.1. Les grilles et l'évolution des interactions entre ABEL A. et sa mère

2.5.1.1. Reprise des éléments du dossier

Abel est né par césarienne, il s'agit du premier bébé de la maman. Celle-ci est très isolée sur le plan familial et social, très fragile, avec des antécédents d'anorexie et de consommation de toxiques (anxiolytiques).

A J5, Abel est un **bébé difficile**, qui se montre très vite **irritable, très difficile à calmer. Il n'est pas possible alors d'observer d'état d'éveil actif.** La maman **pleure beaucoup et montre de l'anxiété** face aux conditions du retour à la maison et de l'accueil de son bébé, **étant isolée. Abel est alors un bébé très vulnérable. De nombreux conseils concernant allaitement, installation sont prodigués à la maman. Face à l'inquiétude** pour l'état somatique et psychique de cette maman, une HAD est demandée. La HAD démarre à J8 et dure jusqu'à J24. Une nette amélioration des interactions mère-enfant est observée sur ce laps de temps (les scores à la grille < 35 dépassent largement ce seuil et les commentaires des sages-femmes montrent l'atténuation de la préoccupation liée à la question des liens mère-enfant). A l'issue de la HAD mère et enfant entrent en centre maternel. A J59, une aggravation de la situation conduit à demander une hospitalisation conjointe.

Item de la grille	J5	J13	J59
Lecture des besoins	2	4	2
Bébé facile à comprendre	4	4	4
Qualité de la contenance et du holding	2	6	2
Bébé facile à calmer	3	2	3
Interpénétration des regards	4	7	4
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	2	4	3
Qualité du contexte familial	1	2	1
Stabilité émotionnelle de la mère	1	5	1
Total	19	34	20

Grille de Abel A. remplie par la psychologue et la puéricultrice du service de périnatalité.

Item de la grille	J12	J13 matin	J13 AM	J15	J17	J18	J19	J22	J2 4
Dates									
Lecture des besoins	3	3	4	5	3	3	5	5	6
Bébé facile à comprendre	5	3	4	5	4	5	5	5	5
Qualité de la contenance et du holding	4	5	6	7	6	6	7	6	7
Bébé facile à calmer	3	1	2	4	5	4	6	6	5
Interpénétration des regards	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	4	4	5	5	6	6	6	6	6
Qualité du contexte familial	0	0	2	2	2	2	2	2	2
Stabilité émotionnelle de la mère	2	3	5	6	4	5	6	6	6
Total	28	26	35	41	37	38	44	43	44

Grille de Abel A. remplie par les sages-femmes lors du suivi HAD

L'évolution des scores enregistrés par l'équipe de périnatalité et l'équipe de sages-femmes de la HAD reflète l'évolution de la situation de ce couple mère-enfant:

2.5.1.2. Évolution des scores le temps de la HAD

Les premiers scores mettent en évidence une difficulté d'instauration des liens avec un bébé peu facile à calmer (item 4 à 3), une lecture des besoins difficile (item 1 coté à 3), un environnement familial très déficitaire (coté 0) et une maman avec des

difficultés émotionnelles. Ces items font donc plonger les interactions du côté déficitaire (score<35). La grille par ailleurs permet d'orienter l'aide apportée au couple mère-enfant: un grand soutien à la mère, des conseils liés à l'installation, l'allaitement, les postures permettant de calmer Abel.

La prise en charge de HAD (notes des sages-femmes et scores à la grille) permet le développement d'interactions plus harmonieuses. La maman est plus stable, lit mieux les besoins, Abel devient plus facile à calmer. Seul le contexte familial ne s'améliore pas. Les scores obtenus à la grille sont alors nettement supérieurs à 35, les sages-femmes ne sont plus préoccupées par le développement des interactions (plus de commentaires sur les fiches de liaison), le suivi HAD est interrompu même si, compte tenu de la fragilité de la situation de la maman et de l'environnement familial, un suivi en périnatalité se poursuit.

2.5.1.3. Suivi post-HAD

Les résultats de la grille à J59 montrent que l'équilibre atteint était précaire. Ils mettent en évidence l'urgence d'une intervention et fondent avec l'opinion exprimée par le service de périnatalité la nécessité d'intervenir ce qui sera fait avec une hospitalisation conjointe à Marcé.

2.5.2. Les grilles et l'évolution des interactions entre ILIES et sa mère

2.5.2.1. Reprise des éléments du dossier

Ilies est né à 39SA+4j à un poids de 2kg7. C'est le premier enfant du couple, le papa a été expulsé en Algérie en fin de grossesse. Madame a 2 autres enfants de deux unions différentes, vit seulement avec une des deux qui a 5 ans et dont elle est très proche. Cette mère est très isolée mais peut compter sur une sœur et une amie. Elle est très fragile, a été sous antidépresseurs.

En maternité, les liens sont de bonne qualité entre la mère et son bébé, le bébé est très compétent avec un bon état d'éveil actif mais quelques signes de vulnérabilité. On craint un syndrome de sevrage. Le portage est bien contenant, la tétée harmonieuse. La mère doit reprendre son traitement et passer son bébé à une alimentation mixte ce qui la désole.

J9 : bébé moins présent dans la relation. La mère se culpabilise d'avoir fait chuter son enfant. Le bébé est en observation, la mère retrouve sa plus grande fille. Il y a donc séparation. Ilies part dans l'unité Arc en Ciel pour être suivi (risque de syndrome de sevrage).

J11 : Le bébé est agité. Il présente un syndrome de « sevrage affectif » (pleure beaucoup, hypertonie...se calme lorsque sa mère est là). La mère est malheureuse de la séparation.

J12 : démarre une prise en charge en HAD durant 19 jours. Un suivi en périnatalité a été instauré à raison d'1 fois/semaine. Aide de la travailleuse familiale 3 fois/semaine et de la puéricultrice de PMI. A presque 2 mois, un relais a été instauré avec la puéricultrice du secteur (CMP enfants).

Items	J4	J9	J18	J23
Lecture des besoins	5-6	3	6	6
Bébé facile à comprendre	5-6	4	4	5
Qualité de la contenance et du holding	5-6	3,5	6	6
Bébé facile à calmer	4-5	4	4	5
Interpénétration des regards	6	3,5	7	4
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	6	3	7	4-5 (yeux fermés)
Qualité du contexte familial	2	1	2	1
Stabilité émotionnelle de la mère	2	1	1	3-4
Total	39	23	37	34-36

Scores obtenus aux grilles remplies par la puéricultrice et la psychologue de périnatalité

Items	J13	J14	J15	J21	J22	J23	J25	J27
Lecture des besoins	6	5	6	6	6	7	7	7
Bébé facile à comprendre	6	4	5	5	6	7	7	7
Qualité de la contenance et du holding	5	6	6	7	7	7	7	7
Bébé facile à calmer	6	5	5	7	7	7	7	7
Interpénétration des regards	7	7	6	6	7	7	7	7
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	-	-	-	-	-	-	-	-
Qualité du contexte familial	2	2	2	2	2	2	2	2
Stabilité émotionnelle de la mère	5	5	6	6	6	6	6	6
Total	37/49	34/49	37/49	39/49	41/49	43/49	43/49	43/49

Scores obtenus aux grilles remplies par les sages-femmes le temps de la HAD d'Illies et de sa mère

2.5.2.2. Suivi avant et pendant la HAD

La dégradation de la relation que psychologue et puéricultrice observent avec une mère qui culpabilise, qui doit reprendre son traitement et un bébé qui devient agité **est mise en relief dans la grille: score qui chute passant de 39 à 23**. Moins stable émotionnellement (stabilité émotionnelle à 2), la maman d'Illies peine à lire les besoins de son bébé (item 1 coté à 3) et celui-ci devient plus difficile à calmer et moins dans la relation (échange des regards à 3).

Nous n'avons pas le score à J11 lors de la mise en observation d'Illies dans l'unité Arc-en-ciel et de sa séparation d'avec sa mère mais il est vraisemblable qu'il ne serait pas supérieur, à la vue des observations de l'équipe de périnatalité.

En revanche, **les scores obtenus dès le début de la HAD attestent du bien-fondé de leur choix de voir réunis mère et enfant puisque la dyade obtient alors un score de 37**.

Ce score ne va faire que croître et **au bout de 9 jours de prise en charge, il va atteindre 43/49**, l'item concernant l'environnement restant lui déficitaire. Scores et observations des sages-femmes sont en phase puisque les derniers jours de prise en charge, dans ses fiches de liaison, celle-ci souligne qu'il n'y a plus rien à signaler concernant le lien mère-enfant. **L'étayage et les conseils prodigués par les sages-femmes ont donc été bénéfiques au couple mère-enfant réuni. La grille permet dans ce suivi d'identifier le moment où la situation « bascule » vers une relation plus harmonieuse.**

On peut noter que l'équipe de périnatalité cote moins largement que l'équipe de sages-femmes (34-36 à J23 contre 43) mais que l'évolution dégagée se fait dans le même sens, celui d'une amélioration de la relation (c'est notamment les items stabilité émotionnelle de la mère et interpénétration des regards qui obtiennent de moins bons scores avec l'équipe de périnatalité). **Toutefois, même avec les cotations de l'équipe de périnatalité un score de 35 apparaît comme un seuil pertinent. Il conviendrait peut-être, devant ces différences de cotations, de réfléchir à une zone seuil, entre 35 et 40, dans laquelle la vigilance de l'observateur doit être alertée.**

2.5.3. Les grilles et l'évolution des interactions entre ABEL B. et sa mère

2.5.3.1. Reprise des éléments du dossier

Abel B. est né à 36S4j, a passé une journée en réanimation néonatale. **Sa mère a pris des toxiques lors de sa grossesse et doit affronter une situation de violence conjugale.** Ses deux premiers enfants sont placés. Les premiers jours, Abel est irritable, facilement désorganisé et a du mal à réguler ses états émotionnels. On craint un syndrome de sevrage. La mère se montre désireuse de bien faire mais a besoin d'être guidée.

A J13, une HAD est mise en place durant 8 jours.

L'étayage reste ensuite très important : visites à domicile de la puéricultrice une fois par semaine, consultations en PMI régulières, soins pour Mme à Boris Vian, et contenance et accompagnement soutenu de la part de l'équipe éducative du foyer l'ABRI puis de l'accueil mère-enfant d'Hellemmes.

2.5.3.2. Suivi HAD

Items	J8	J14	J23
Lecture des besoins	1-2	2	2
Bébé facile à comprendre	3-4	3	1
Qualité de la contenance et du holding	2-3	3	3
Bébé facile à calmer	3	3	3 car demande d'attention
Interpénétration des regards	1-2	0	2 mais à réévaluer (bb fatigué)
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	3	3	3
Qualité du contexte familial	1	1	0-1
Stabilité émotionnelle de la mère	2-3	2	3
Total	16-21	17	17-18

Scores obtenus par Abel B. et sa mère aux grilles remplies par l'équipe de périnatalité

	J14	J15	J17	J18
Lecture des besoins	2	2	3	3
Bébé facile à comprendre	6	3	4	4
Qualité de la contenance et du holding	5	3	3	2
Bébé facile à calmer	6	3	5	5
Interpénétration des regards	0	0	2	1
Plaisir partagé en particulier au moment de la tétée	-	-	-	-
Qualité du contexte familial	1	1	1	1
Stabilité émotionnelle de la mère	2	2	2	2
Total	22	14 (avec C.T.)	20	18

Scores obtenus par Abel B. et sa mère aux grilles remplies par les sages-femmes de HAD

Les grilles mettent en évidence la persistance des difficultés rencontrées par cette dyade: environnement familial très déficitaire et difficultés de la mère tant

au niveau émotionnel que dans la prise en compte et de la lecture des besoins de son enfant. Les grilles des sages-femmes laisseraient supposer que le bébé montre des compétences importantes (facile à comprendre et facile à calmer) alors que celles de l'équipe de périnatalité sont plus négatives sur ce point;

Sages-femmes de HAD et équipe de périnatalité se rejoignent toutefois sur le caractère d'urgence de la situation, **les scores sont et restent malgré l'étayage très en deçà de 35.**

Les décisions qui sont alors mises en place se basent sur ce caractère très déficitaire des interactions dont la grille se fait l'écho. L'objectif est donc de mettre à l'abri et de soutenir la mère.

Avec la prise en charge décidée, **Abel parvient**, selon l'équipe de périnatalité à **développer un attachement de qualité** à sa mère à 3 mois et une forte capacité d'adaptation à son instabilité. Toutefois, la violence conjugale restant présente, des solutions sont toujours à trouver.

2.5.4. Une grille adaptée à des situations déficitaires

Il apparaît, après examen de ces 3 dossiers, que **la grille joue un rôle utile dans le suivi de HAD décidée pour soutien d'instauration des liens.** Un seuil entre 35 et 40 apparaît pertinent dans la mise en évidence de difficultés. L'évolution des scores obtenus à la grille permet alors d'identifier une amélioration de la situation due à la prise en charge ou, au contraire, une persistance de difficultés devant alerter.

Dans ce sens, **elle semble jouer son rôle d'outil d'objectivation des difficultés d'instauration des premiers liens** dans une population rencontrant des difficultés (par comparaison avec la population que j'ai rencontrée en maternité). Cette partie de l'étude serait à développer autour de davantage de cas. Il serait intéressant comme nous le souhaitons initialement de faire passer l'EPDS et le MIB aux mères dès le 1er jour de la HAD. Toutefois, cette partie de l'étude, étant donné les grosses difficultés par ces mères, risque d'être difficile à mettre en place.

3. Limites de notre étude

Nous avons pris conscience de difficultés méthodologiques :

- **peut-être aurions-nous dû choisir deux opérateurs si ce n'est de même sensibilité, au moins de même formation pour une première approche de la reproductibilité inter-opérateurs.** La grille revendique une certaine subjectivité puisqu'elle se base sur l'observation empathique telle que définie par Esther Bick, cela suppose toutefois d'accepter de s'appuyer sur ses affects, ce qui est loin d'être simple dans le temps très court du travail en maternité.
- le gold standard en matière d'évaluation des premières interactions est la vidéo. Ainsi, dans notre étude, il aurait été pertinent d'associer l'évaluation du lien avec une mesure des **interactions comportementales (séquences vidéofilmées)**. Ce type d'évaluation n'aurait toutefois pas été compatible avec l'insertion de l'étude dans l'activité quotidienne du service.
- le hasard a fait que notre échantillon s'est révélé sans difficulté importante d'instauration du lien, selon les dires de l'équipe. Ainsi, aucune des ces dyades n'a fait l'objet d'une HAD que ce soit pour raisons médicales ou pour troubles d'instauration du lien. **Il serait utile de réitérer l'étude auprès de couples mères-enfants plus en difficulté comme le suggère l'analyse de dossiers que nous avons menée.**

4. Perspectives

Évaluer les interactions précoces est complexe. Il s'agit de prendre en compte les éléments en présence au moment de l'évaluation mais aussi ceux qui seront là dès la sortie de maternité et joueront un rôle important : le réseau social entourant la maman, le soutien du conjoint...pour réaliser une évaluation globale.

L'évaluation, de manière routinière, par une puéricultrice ou une sage-femme soulève de nombreuses questions dont celle de la formation à l'outil. Les scores obtenus semblent très dépendants de la formation et de la sensibilité (l'un pouvant compenser l'autre?) de l'opérateur. Dans ce cas, faut-il proposer une formation à l'outil et inscrire l'utilisation de l'outil dans un cadre plus large, ce qui n'est pas sans soulever des problèmes organisationnels?

Le choix du MIB est pertinent même s'il n'évalue qu'un aspect de la relation et qu'il s'agit d'un auto-questionnaire.

Dans son étude, Marjorie Bienfait propose que, l'évaluation des interactions précoces, pour être la plus complète possible, comprenne une méthode ayant trait aux interactions observables et une méthode explorant les représentations (questionnaire, entretien). Elle rejoint en cela l'avis de la puéricultrice qui considère que **la grille doit être renseignée par plusieurs personnes et servir de soutien aux échanges, plus qu'être un outil de décision pour un utilisateur unique**. Une utilisation de ce type permettrait, par ailleurs, d'éviter la sensation d'étiquetage relevée par cette opératrice. Il faut noter que c'est de cette façon que la grille est utilisée dans le suivi des hospitalisations à domicile (HAD) durant lequel les sages-femmes se réunissent avec l'équipe de périnatalité.

4.1. Mesurer le lien ?

Avec la grille, nous nous situons dans la prévention. Il est trop tôt pour parler de trouble ou de pathologie, les processus de mise en place du lien étant **dynamiques et plurifactoriels**. La grille essaie d'évaluer, outre ce qui se passe au moment présent, la possibilité d'une dynamique du couple mère-enfant et de son entourage.

Il s'agit avec la prise en charge proposée en HAD de miser sur ces aspects dynamiques alors que la relation n'est pas encore figée dans un mode déficitaire.

L'outil ne vise pas à étiqueter les dyades en difficulté mais à définir les conditions nécessaires pour offrir un soutien, une aide aux premières interactions. Il est donc nécessaire de s'assurer que l'institution considère cet outil comme un outil d'objectivation et non pas comme un outil de stigmatisation. C'est là toute la question de l'évaluation.

4.2. L'intérêt d'une grille d'observation

La grille était, dans cette étude, le seul outil utilisé qui ne soit pas un auto-questionnaire, ce qui, dans le dépistage des difficultés d'instauration des liens, est un point important.

Deux types de situations suggèrent le recours à un hétéro-questionnaire. Les situations médico-sociales complexes d'abord, où est évoquée la possibilité de décider d'une ordonnance de placement provisoire précoce. On pense intuitivement

que les réponses à un auto-questionnaire seront biaisées par la volonté d'être en mesure de garder l'enfant.

Les situations qui concernent des mères toxicomanes semblent aussi indiquer le recours d'une évaluation par un tiers ; on sait en effet que ces mères évitent volontiers le recours aux professionnels de santé, par peur du jugement, dans un contexte où elles ressentent souvent un sentiment important de culpabilité et de défaillance. De ce fait, on est en droit de craindre que l'auto-évaluation soit marquée par une certaine dénégation des difficultés interactives.

4.3. les perspectives en HAD

La grille a été mise au point pour identifier les cas d'interaction en difficulté en maternité avec comme objectifs :

- de décider de la mise en place d'une HAD pour soutien d'instauration des liens
- d'évaluer le suivi de l'intervention en HAD
- de savoir ainsi quand mettre un terme à cette intervention.

Cette étude devra donc être prolongée :

- par la détermination de l'existence ou pas d'une corrélation entre notre grille et le MIB dans le cas de mères en difficulté de relation avec leur bébé. Pour cela, **les deux outils devront être passés auprès de mères ayant reçu une indication de HAD pour souci d'instauration des liens, dès que les services de périnatalité ont été appelés (J+3).** Ces résultats pourront être comparés à ceux obtenus par des dyades ayant reçu une indication de HAD pour raisons médicales.

- la grille est un outil de dépistage mais aussi un outil de suivi de l'évolution de la relation. Il faudrait donc **suivre l'évolution des scores au jour le jour** sur plusieurs dyades faisant l'objet d'une HAD pour difficulté d'instauration des liens et **observer s'il y a bien, comme cela est souhaité et comme cela semble être le cas après analyse de quelques dossiers, un basculement des scores, dû notamment à l'intervention précoces des sages-femmes de HAD.** Une telle évolution des cotations permettrait de mettre en évidence l'intérêt de la grille en tant qu'indicateur

de la «santé de la relation» et le rôle qu'elle peut jouer pour aider à décider de l'arrêt ou de la prolongation d'une prise en charge.

Dans ce cadre, elle se révélerait être un outil «objectif» de l'intérêt de la précocité d'une prise en charge des difficultés d'instauration du lien.

Nous avons souhaité approfondir ce deuxième volet de l'étude mais pour des raisons de temps (il faut compter une HAD pour difficulté d'instauration du lien tous les 10 jours) cela n'a pas été possible. Cela devra faire l'objet d'une étude ultérieure.

5. Intérêt de l'intervention précoce

Cette étude n'implique pas au premier titre d'orthophoniste, celui-ci n'intervenant pas en maternité, hormis dans les services de néonatalogie.

Elle pose toutefois, notamment pour ce qui concerne le volet HAD pour soutien d'instauration des liens, **la question de l'intervention précoce pour aider à la mise en place d'interactions de bonne qualité.**

Or, on l'a vu en première partie, des difficultés d'interactions risquent d'avoir des répercussions importantes sur le langage et les apprentissages. L'orthophoniste doit donc se soucier d'intervenir précocement.

Nous nous sommes ainsi posés la question de la place de l'orthophoniste dans ce type d'interventions précoces que nous détaillons plus ou moins selon les cas de figure, en nous basant sur des éléments de littérature.

5.1. Enfants en situation de handicap

La nécessité d'une intervention orthophonique très précoce dans les situations de handicap ou de «difficulté développementale» ne fait plus de doute aujourd'hui. Elle s'appuie, sur l'ensemble des travaux portant sur les mécanismes de maturation cérébrale et sur l'impact de l'environnement sur le développement.

La situation de handicap fausse le développement des échanges, peut avoir des répercussions négatives sur les interactions en engendrant des «malentendus» communicationnels qui à force de répétitions perturbent la relation mère-enfant et, au

final, met en péril le développement linguistique et plus généralement le développement de l'enfant avec le risque de voir apparaître des handicaps secondaires.

L'intervention de l'orthophoniste, dans ce cas, **se fera auprès de l'enfant et de sa mère** (ou de sa figure de référence). **Elle s'appuie sur un bilan précoce précis qui permet d'établir l'intérêt d'une prise en charge spécifique pouvant aider l'enfant à acquérir les compétences nécessaires au langage et à favoriser les interactions.** Parallèlement, le but de l'accompagnement parental est d'aider les parents à découvrir et à reconnaître les potentialités de leur enfant.

Dans leur outil destiné aux 0-4ans, les auteurs de Dialogoris, (Antheunis et al. 2003) proposent de réfléchir à la démarche d'observation de l'enfant, à celle de dialogue avec les parents et à celle **de la construction de l'intervention selon les compétences dites socles** qui constituent des bases pour une construction du langage harmonieuse.

5.1.1. Les Compétences socles

- La mise en place du regard
- La poursuite visuelle
- L'attention conjointe
- L'attention et l'orientation aux bruits environnants :
- La capacité à utiliser des mimes, des gestes à visée communicative apportant un complément d'information et des gestes symboliques
- La capacité à utiliser le pointage
- La capacité à être dans l'échange et le tour de rôle
- La capacité d'imitation motrice
- L'élan à l'interaction

5.1.2. Accompagnement parental

Pour Antheunis et al. (2003), **l'accompagnement parental vise à réduire les perturbations primaires ou secondaires de la communication parents/enfant** mises en évidence lors du bilan. L'orthophoniste peut utiliser des entretiens, des séquences d'enregistrement vidéo d'interactions parents/enfant commentées, des documents de prévention commentés, des supports écrits d'exercices pour "l'entraînement" des parents au repérage des tentatives de communication de l'enfant, à l'utilisation de moyens d'aide (Hanen), des activités interactives "modèles", le dialogue, les groupes de parents...

Le projet thérapeutique comprend des objectifs comme valoriser les parents, valoriser l'enfant aux yeux de ses parents, permettre aux parents d'ajuster leurs attentes et les informer sur les étapes intermédiaires du développement, conseiller les parents pour qu'ils apprennent :

- à jouer,
- à verbaliser plus pendant les activités du quotidien,
- à profiter de ce que l'enfant propose,
- à maintenir le contact visuel,
- à initier même si l'enfant est peu réactif,
- à utiliser une communication multimodale,
- à interpréter les productions de l'enfant....(cité dans les approches thérapeutiques en orthophonie, 2004)

Eliana Sampaio décrit la stratégie d'intervention éducative développée par Fraiberg (Fraiberg et al., cité par Sampaio, 1994) auprès d'enfants aveugles et de leurs parents. L'objectif était de faciliter le développement des enfants aveugles notamment dans les domaines de l'attachement et des expériences tactiles et locomotrices. Sur le plan langagier, le dialogue vocal parents-enfant était encouragé et il était demandé aux parents, même en période préverbale, de dénommer personnes, objets, dont l'enfant faisait l'expérience. Les parents recevaient des

informations sur les différences de développement auxquelles devait faire face leur enfant. L'évaluation objective qu'a reçue cette étude montre que la plupart des retards normalement observés chez l'enfant aveugle peuvent disparaître ou diminuer avec ce type d'intervention précoce misant sur l'attachement. *« Ce soutien et ce travail éducatif ont provoqué un changement significatif dans les attitudes des parents qui en retour ont eu droit aux sourires, aux baisers et aux premiers mots doux de leur enfant. Ceci permet de diminuer leurs angoisses, de les aider à comprendre étape par étape les problèmes d'adaptation particuliers du nourrisson aveugle »*, écrit Geneviève Hassler (Hassler, 2004).

5.2. Carences psychosociales : l'exemple d'un programme de l'OMS

Dans un autre champ d'action, l'intervention précoce auprès d'une dyade en situation de carence psycho-sociale repose sur les mêmes principes que ceux décrits dans le paragraphe précédent sans s'appuyer sur une intervention « technique » liée au handicap de l'enfant. Dans ce cas, c'est surtout le volet accompagnement parental qui est développé. Tous les aspects concernant :

- l'information sur le développement de l'enfant, ses besoins communicationnels,
- la valorisation des parents dans leurs initiatives positives,
- le soutien des parents dans leur perception des tentatives d'interaction de leur enfant et dans la valorisation de leurs enfants sont utilisés.

L'orthophoniste est peu appelé à intervenir très précocement dans de telles situations, même si, en tant que professionnel de la relation il pourrait avoir un rôle à jouer au sein d'une équipe pluridisciplinaire (réseau de PMI...).

Pour travailler sur l'instauration des premiers liens, l'OMS a développé un programme de sensibilisation de la mère ou autre personne dispensant les soins d'un enfant âgé de 0 à 3 ans. L'objectif est d'aider la figure de référence à devenir plus sensible et consciente des qualités et besoins de l'enfant, en s'appuyant sur ses pratiques les plus positives déjà en place. Le programme repose sur des groupes de parents (5 maximum) qui se retrouvent au cours de 6 séances d'1h30. (OMS, 1997)

qui sont animés par ceux que l'OMS appellent des facilitateurs et que l'organisation regroupe sous le terme générique de professionnels .

Le programme repose sur 8 principes distillés au cours des séances:

1. Montrez à votre enfant que vous l'aimez.
2. Parlez à votre enfant. Ayez une conversation au moyen d'expressions émotionnelles, de gestes et de sons.
3. Encouragez les initiatives positives de votre enfant.
4. Appréciez ce que votre enfant parvient à faire.
5. Aidez votre enfant à focaliser son attention et à partager son expérience.
6. Aidez votre enfant à dégager du sens de son univers.
7. Aidez votre enfant à élargir son expérience.
8. Aidez votre enfant à apprendre les règles, limites et valeurs.

Le programme utilise par ailleurs la vidéo, les échanges entre participants et propose l'accomplissement de tâches visant à améliorer les interactions à la maison.

Quant à la personne qui anime les groupes, il lui est demandé de s'appuyer sur sept principes de sensibilisation.

1. Établir un contrat de confiance avec les mères.
2. Aider les mères à percevoir leurs enfants de façon positive.
2. Pointer tout ce qui est positif dans l'interaction mère-enfant observée.
3. Aider les mères à verbaliser ce qu'est une bonne interaction.
4. Encourager le partage d'expériences au sein du groupe.
5. Utiliser un style de conversation personnalisé et rempli d'empathie.

6. Encourager et motiver les mères.

5.3. Mères déprimées : des exemples d'action

Un lien a été montré entre dépression post-natale et troubles du lien mère-enfant. Plusieurs études ont donc été menées pour déterminer quel mode d'intervention précoce pourrait aider à l'instauration du lien mère-enfant dans un contexte de dépression post-natale.

L'étude de Chabrol (Chabrol et al., 2003) décrit une intervention de prévention de la dépression post-natale (DPN), obtenant un taux de rémission élevé par rapport au groupe contrôle, 5 ou 8 semaines après intervention (66% contre 6%). Dans cette étude, **un groupe de mères à risque de DPN recevait à la maternité un entretien intégrant des composantes de soutien, de guidance éducative et d'aide cognitivo-comportementale, puis un soutien à domicile constitué de 5 à 8 visites**, incluant en plus des composantes déjà mentionnées une composante psychodynamique.

En ce qui concernait la composante éducative, une discussion sur les difficultés de la parentalité, des informations sur les dépressions postnatales et sur les problèmes habituels rencontrés avec les bébés et les possibilités de solution était proposée;

Dans le cadre de la composante de soutien, l'écoute empathique, l'encouragement de l'expression des sentiments négatifs, l'aide à la prise de conscience et à l'acceptation de l'ambivalence maternelle, et une tentative de diminuer les sentiments d'insuffisance, d'incompétence ou de culpabilité en présentant à la mère certaines réactions affectives ou comportementales comme habituelles et «normales» étaient utilisées.

Les interventions visaient à:

- établir une relation de confiance avec la mère,
- faire une guidance pour les problèmes de comportement du bébé,

- établir ou renforcer la confiance en soi et l'estime de soi en félicitant la mère pour ses succès et en dédramatisant les difficultés, en aidant la mère à reconnaître et élaborer l'ambivalence à l'égard de la maternité et du bébé,
- développer des moyens de faire face plus efficacement aux conflits avec le partenaire, les parents et beaux-parents, et aux problèmes du quotidien,
- développer les habiletés cognitives à repérer, évaluer et modifier les cognitions dysfonctionnelles.

Les auteurs concluaient que la prise en charge de ce type de troubles ne doit pas forcément être complexe mais doit surtout être très précoce.

5.3.1. Efficacité du soutien à domicile

Une autre étude menée par Murray et Cooper (cité par Marie-Aimée Hays, 2004) a montré l'efficacité d'un soutien à domicile, dispensé par des infirmières formées au «nondirective counseling», c'est-à-dire permettre aux mères de partager leurs sentiments et soucis, personnels ou concernant le bébé.

5.3.2. Intérêt d'une échelle d'observation

Dans son étude, Marie-Aimée Hays compare l'impact sur la DPN de l'observation par le biais de l'examen de Brazelton ou de l'échelle de la méthode pragoise d'observation de l'allaitement.

Son hypothèse est la suivante : **attirer l'attention de la mère sur son bébé, par une méthode d'observation conjointe, aurait pour effet d'offrir un temps pour l'accueil du bébé** et, par conséquent, un rôle de prévention ou d'atténuation de la DPN.

L'observation selon Brazelton vise à solliciter et évaluer les compétences précoces du bébé à la communication, et la capacité du bébé à gérer par lui-même les stress progressifs apportés par le « *testing* ». L'utilisation clinique de la NBAS a pour but de partager avec les parents l'observation des compétences souvent insoupçonnées du bébé (Hays, 2004).

L'échelle de Prague est une méthode d'observation éthologique de l'allaitement, applicable au premier mois de vie du bébé (Hays, 2001). L'observateur se rend auprès de la mère et du bébé et n'interfère pas activement sur l'échange qui se construit sous ses yeux entre la mère et le nouveau-né, ni verbalement ni avec ses gestes. Il reste ouvert aux émotions qui circulent. Après l'observation, le chercheur remplit une grille de cotation en 26 items, évaluant le mode d'entrée en contact, la phase d'établissement et de déroulement de la tétée, ...

Selon l'auteur c'est le groupe où a été appliquée l'échelle de Prague qui a obtenu les meilleurs résultats.

Ainsi, l'intérêt de l'intervention précoce dans le soutien d'instauration des premiers liens semble évident et déterminant pour le développement de l'enfant. Il me semble que si l'intervention précoce de l'orthophoniste est surtout reconnue dans certains cas (néonatalogie et handicap), elle pourrait être légitime, en concertation avec d'autres professionnels de la petite enfance, dans d'autres cas, comme ceux présentés ci-dessus, s'inscrivant ainsi dans le champ de la prévention des troubles de la relation et du langage.

Conclusion

Nous avons souhaité, avec ce travail:

- **évaluer la capacité diagnostique, la capacité de repérage des difficultés d'instauration des premiers liens en maternité**, dans le post-partum immédiat, à J+3 (J0 étant le jour de l'accouchement), de la grille d'évaluation des interactions précoces développée dans le service de périnatalité du Dr Lemaître, à l'hôpital Fontan, à Lille.
- **déterminer l'influence d'un facteur comme l'aspect dépressif maternel (baby-blues)** sur les scores obtenus à la grille
- **évaluer l'acceptabilité de la grille dans un service de maternité** comme celui de Jeanne de Flandre.
- **étudier l'intérêt de la grille dans le suivi lors d'hospitalisations à domicile (HAD)** décidées pour soutien d'instauration des liens.

Ce travail a été réalisé durant 3 mois dans le service de maternité du 2^{ème} étage de Jeanne de Flandre. **Une puéricultrice et une sage-femme ont, durant cette période, réalisé une double cotation**, en renseignant les 8 items de la grille d'observation, de 29 dyades mère-enfant. **Les scores obtenus ont été comparés à ceux obtenus par les mêmes dyades à deux auto-questionnaires** : un questionnaire du lien mère-enfant (le MIB) et un questionnaire de « dépression », l'EPDS. L'éventuelle relation de ces scores a ensuite été évaluée statistiquement ainsi que l'éventuelle reproductibilité inter-opérateurs.

A l'issue de la phase de recueil des données, **un questionnaire** interrogeant la perception de la sage-femme et de la puéricultrice sur la grille, son acceptabilité et la prise en compte des interactions précoces dans leur travail **a été rempli par les deux opératrices.**

J'ai ensuite étudié trois des dossiers ayant fait l'objet d'un suivi en HAD pour soutien d'instauration des liens. L'objectif était d'observer l'intérêt de la grille comme outil d'objectivation des difficultés d'instauration des liens, en particulier dans la prise de décision de la mise en place d'une HAD, dans son suivi et dans la prise de décision de l'interrompre.

Il apparaît à l'issue de l'analyse des résultats:

- **qu'il n'y a pas de corrélation statistique entre les résultats obtenus à la grille et ceux obtenus au MIB.** Il semble donc que les deux tests n'ont pas mesuré le même phénomène sur notre échantillon. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce résultat :

- **l'échantillon de population observé n'a pas semblé présenter de difficulté de relation mère-enfant.** Il conviendrait de reprendre l'expérimentation auprès d'une population identifiée comme ayant des difficultés, à partir de dires d'experts, par exemple.
- Il conviendrait idéalement d'utiliser des séquences vidéo des interactions, considérées comme le gold standard en matière d'évaluation des interactions, ce qui semble toutefois difficile à réaliser.

- **que nous n'avons pas établi la reproductibilité inter-opérateurs dans notre étude :**

- cela peut aussi être dû **au caractère sans difficulté de la population**, une corrélation pourrait apparaître face à des situations de difficulté.
- Sage-femme et puéricultrice avaient ici une formation (la puéricultrice suivant le DU de périnatalité) et **une sensibilité aux difficultés d'interactions très différentes**, comme exprimé dans le questionnaire. Cette grille laissant une part importante à la subjectivité de l'observateur, ces variations ont pu être déterminantes. Il conviendrait de réitérer l'expérimentation avec deux opérateurs montrant la même volonté d'engagement.

- **que l'acceptabilité, évaluée à travers un questionnaire, n'est pas évidente. Il semble qu'elle doive être travaillée en amont** pour s'assurer que la personne qui va coter ait intégré le caractère important du dépistage des difficultés d'interaction et qu'elle ait en tête les items et leur bien-fondé. **Cela ne peut que s'inscrire dans une démarche plus globale.** Dans ce cas, la grille pourra être utilisée à profit comme outil de repérage grâce à l'objectivation qu'elle permet ou comme outil d'échanges à l'intérieur de l'équipe.

- que **l'analyse de dossiers de couples mère-enfant ayant fait l'objet d'une HAD à laquelle nous nous sommes livrés semble mettre en évidence l'utilité de la grille**. L'évolution des scores obtenus par les dyades lors de leur prise en charge semble en effet en adéquation avec la perception des équipes. Elle leur permet ainsi d'objectiver leur ressenti et de s'y référer lorsque des décisions de mise en place ou d'arrêt des HAD doivent être prises. L'évolution de ces scores permet de mettre en évidence le moment où la relation bascule vers une situation plus harmonieuse ou, au contraire, vers une évolution péjorative, imposant une intervention.

Pour que cette dernière partie soit d'avantage étayée, il nous semble donc **nécessaire de réitérer l'expérimentation (validation externe et reproductibilité inter-opérateurs) sur une population identifiée comme ayant des difficultés dans l'instauration des premiers liens..**

L'élaboration de la grille repose sur un volet de recherches important qui croise les avancées en psychologie du développement, pédopsychiatrie et psychopathologie du nourrisson. **Elle répond à la nécessité de trouver des outils d'aide au personnel de maternité, démuni face à la difficulté d'analyser des interactions si précoces**. Nos résultats ne sont que préliminaires, ils sont à développer et montrent la complexité de développer un outil laissant part à l'analyse subjective dans un secteur qui se caractérise par une urgence accrue.

Les recherches en psychologie du développement, pédopsychiatrie et psychopathologie du nourrisson soulignent désormais l'importance du lien entre interactions précoces épanouies et développement du langage harmonieux. Que ce soit lors d'interventions très précoces, précoces ou plus tardives de l'orthophoniste, il apparaît essentiel d'avoir cette filiation à l'esprit pour trouver des pistes de remédiation et prendre en compte l'enfant dans toutes ses dimensions.

Toutefois, il me semble important de souligner que, même si une intervention très précoce ou la conduite d'actions de dépistage peuvent être préconisés dans de nombreux cas, **l'objectif n'est pas d'étiqueter ni de stigmatiser des dyades en difficulté mais de les soutenir pour éviter que ne se surajoutent des troubles secondaires**.

Bibliographie

Ainsworth S., Blehar M., Waters R., Wall S., (1978), *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Ajuriaguerra J. de, Angelergues R., (1962), *De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon*, *Evol. Psychiatr.*, 27, 13-25.

Als H., Lester B.M., Tronick E., Brazelton T.B., (1982) *Towards a systematic assessment of preterm infants' behavioral development*. In: H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, and M.W. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*. New York, Plenum Press : 35-63.

Antheunis P., Ercolani-Bertrand F., Roy S., (2003). *Dialogoris 0/4 ans orthophoniste : Les bilans orthophoniques précoces, la prévention pour l'enfant de 0 à 4 ans et sa famille*. Comm-Médec.

Ayissi L., Hubin-Gayte M., (2006). Irritabilité néonatale et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de l'Adolescence*, 54 : 125-132.

Berthoz A., (2008). L'échange par le regard. *Enfances et psy*, 41, 33-49.

Bienfait M., (2008). *Peut-on repérer des indicateurs de risque dans la mise en place du lien mère-enfant en maternité? Étude clinique à partir de 104 mères hospitalisées en suites de couches au CHU de Montpellier. Thèse de médecine, Université Montpellier 1.*

Bowlby J., (1969). *Attachement et perte*. Paris: PUF, le fil rouge.

Brazelton T. B. (1990). Saving the bathwater. *Child development*, 61. 1661-1671.

Brazelton T.B., Nugent J.K., (2001). *Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal*. Genève, Médecine et Hygiène.

Brazelton T.B., Nugent J.K., (1995). *The Neonatal Behavioural Assessment Scale, 3rd edition*. Londres, MacKeith Press.

Britt G.C., Myers B. J., (1994). The effects of Brazelton intervention: a review. *Infant mental health journal*, 15: 278-292.

Brockington, I., Aucamp, H., Fraser, C., (2006). Severe disorders of the mother-infant relationships: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 243-251.

Bruner J. S., (1975). The ontogenesis of speech acts. *Journal of Child Language*, 2: 1-19.

Bullinger A., (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*. Ramonville St-Agne, Eres.

Bur V, Gozlan Z, Lamour M, Letronnier P, Rosenfeld J., (1989). Présentation de grilles d'évaluation des interactions précoces à l'intention des consultations pédiatriques. In: Lebovici S., Mazet P., Visier JP., (Eds). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris, Eshel, « Médecine et hygiène »;. 427-462.

Di Carlo M., (2003). Affectivité et acquisition du langage. *Revue de didactologie des langues-cultures* 3, N°131, 275-290.

Cébula JC., (2009). Des nourritures psychiques. *Enfances et psy*, 2, N° 43, 14-18.

Chabrol H., Teissèdre F., Saint-Jean M., Teisseyre N., Rogé B., (2003). Prévention et traitement des dépressions du postpartum : une étude contrôlée. *Devenir*, Volume 31 : 5-25.

Chevrié-Muller C., Narbona J.,(2007). *Le langage de l'enfant - Aspects normaux et pathologiques*. Paris, 3e édition, Masson.

Cramer B., (2002), Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir*, 22, 89-99.

Crunelle D., DVD "L'attachement: y être attentif pour faciliter un meilleur développement du jeune enfant (0-3ans)", Isbergues : Ortho édition.

George, C., Kaplan, M., Main, M. (1985). *Adult attachment interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Glatigny-Dallay E., (2005), Évaluation des interactions précoces. *Annales Médico Psychologiques*, 163: 535–540.

Golse B., (2006). *L'être-bébé*. Paris : coll. le fil rouge, Puf : 222.

Golse B., (2008). Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie. *La psychiatrie de l'enfant*, 51 : 325-337.

Golse B., (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage*. Paris, 4^{ème} édition, Masson.

Guedeney A., (1995). Kwashiorkor, depression, and attachment disorders. *The Lancet*, 346 : 1293.

Guedeney N., Fermanian J., (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13 : 83-89.

Guedeney N., Fermanian J., Guelfi J.D., Kumar R.C., (2000). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorder in early postpartum : some concerns about false negatives. *Journal of Affective Disorders*, 61 : 107-112.

Guedeney N., Jeammet P., (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique,. *Devenir*, 13: 51-64.

Hassler G., (2004). Réflexions sur la prise en charge des jeunes enfants aveugles ou déficients visuels, des enfants aveugles ou déficients visuels multihandicapés. In: collectif. *Les approches thérapeutiques en orthophonie. (chapitre 6, tome 1)* Isbergues, Ortho-édition : 185.

Hays M-A., (2001). L'observation attentive de l'allaitement du nouveau-né par la méthode d'Eva Sulcova. Présentation et application clinique. In:Dugnat M.(dir.). *Observer un bébé avec attention?* , Ramonville St-Agne, Erès : 67-81.

Hays M.-A., (2004). Le temps du bébé: soutien de l'accordage primaire et prévention de la dépression maternelle précoce du post-partum. *Devenir*, 16 :17-44.

Kumar. R., (2001). Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson. L'enfant de n'importe qui. *Devenir*, 14 : 47-75.

Lamour M., Barraco M., (1998). *Souffrances autour du berceau*. Montreal, ed. Gaetan Morin.

Lamour M. (2004). Stratégies adaptatives précoces : une approche interactive de la psychopathologie du nourrisson. In : Lécuyer R. (dir.) *Le développement du nourrisson*. Paris, Dunod : 455-502.

Lebovici S, Stoleru S., (1983). *La mère, le nourrisson et le psychanalyste*. Paris, Le centurion.

Lebovici S., (1998). *L'arbre de vie. Eléments de psychopathologie du bébé*. Ramonville Saint-Agne, Erès.

Lemaître V. (1989), Baby-blues: dépression du post-partum et perturbations des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXII, 1 : 161 à 208.

Lemaître V., (1998). Le nourrisson face à sa mère déprimée : destruction, création. *Communication au XIV^e Congrès international de Psychologie Analytique*, Florence, et in *The Journal of Analytical Psychology*, 43.

Lemaître V., (1999). Le nourrisson face à sa mère déprimée : destruction, création. *Materia Prima*, 6.

Lemaître V., (2005). Les présupposés du concept de recours à l'acte: confrontations avec les données de la clinique périnatale. In C. Balier. *La violence en abyme*. Paris, PUF : 23-59.

Lemay M., (1993). *J'ai mal à ma mère*. Paris, Fleurus psycho-pédagogie : 164.

Lyons-Ruth K., (2005). L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Psychothérapies*, 25 : 223-234.

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7) : 660-669.

Main, M & Solomon, J., (1990). In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, M. (Eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, The University of Chicago Press : 121-160.

Marcos H.,(2000). *De la communication prélinguistique au langage, formes et fonctions*", L'Harmattan.

Mazet P., Houzel D., (1995). *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, tome 1 et 2, Paris, Maloine.

Mazet P., Stoleru S., (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris, Masson, 3^{ème} édition.

Moehler E., Brunner R., Wiebel A., Reck C., Resch F., (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Womens Mental Health*, 9 : 273-278.

Morel L.,(2004). Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental. In: collectif, *Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1*. Isbergues, Orthoédition: 157-216.

Murray L., (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 33 : 543-562.

Murray L., Hipwell A., Hooper R., (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 37: 927-935.

Murray L. Cooper P.J., (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*, 77 : 99-101.

Le Nestour A., Grandin S., (2009). Des bébés exposés aux excès ou aux négligences parentales. L'obligation de soins empathiques. *Enfances et psy*, 43: 32-40.

Nadel J., (2005). L'imitation : un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 53 : 378–383.

Nicole A., Pierrehumbert B., Forcada-Guex M., Jaunin L., Muller-Nix C., Ansermet F. (2001). Interactions, attachement et parentalité lors d'une naissance prématurée; premières réflexions dans le cadre d'une recherche longitudinale. *Bulletin du groupe WAIMH francophone*, 6 : 7-21.

Pierrehumbert B., (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.

Plaza M., (2004). Les troubles du langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52 : 460–466.

Poinso F., Samuelian J-C., Delzenne V., Huiart L., Sparrow J., Rufo M., (2001). Délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité. Evaluation prospective et relation mère-bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, XLIV, 2 : 379 -413.

Prat R., (2005). Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones. *Devenir*, 17 : 55-82.

De Roten Y, Fivaz-Depeursinge E., (1992). Un guide pour l'évaluation du dialogue adulte–nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXV :157–219.

Sampaio, E. (1994). Le développement précoce des enfants aveugles : les travaux pionniers de Fraiberg. *Psychiatrie de l'Enfant*, 37: 29-47.

Sibertin-Blanc D., Tchenio D. et Vert P., (2002). Naître “ très-grand-prématuré ”, et après ? *La psychiatrie de l'enfant*, 452 : 437-482.

Stern D., (1989). *Le Monde Interpersonnel Du Nourrisson. Une Perspective Psychanalytique Et Développementale*. Paris, Presses Universitaires De France (Puf).

Sulcova E., (2001). La méthode pragoise de description du comportement du nouveau-né. In : Dugnat M. (dir.). *Observer un bébé avec attention ?* Ramonville St-Agne, Erès : 61-81.

Sutter-Dallay, Dequae-Merchadou L., Glatigny-Dallay E., Bourgeois M., Verdoux H., (2008). Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir*, 20 : 47-63.

Taylor A., Atkins R., Kumar R., Adams D., Glover V. (2005). A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8 : 45-51.

Tomasello M., Carpenter M., Call J., Behne T., Moll H., (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and brain sciences*, 28 : 675–735.

Tronick E.Z., Cohn J.F., (1989). Infant mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child development*, 60 : 85-92.

Van Ijzendoorn M.H., Dijkstra J., Bus A.G. (1995). Attachment, intelligence and language : a meta-analysis. *Social development*, 4 : 115-128.

Vinter S., (1999). L'organisation pré conversationnelle chez l'enfant trisomique 21. *Glossa*, 65 : 12-34.

Wittkowski A., Wieck A., Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: A comparison of the mother-to-infant bonding scale with the postpartum bonding questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of Women's Mental Health*.

Sources Internet:

Lesage B., Abord des personnes polyhandicapées, *Les Cahiers de l'Actif* – N°286/287 http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_lesage_286_287.pdf

(<http://www.actif-online.com/>)

<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/4-savoir/413.htm>

circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, éditée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_44_040204.pdf

<http://www.has->

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf)

Salls T., (2005), «Un entretien avec Dan Stern», in: site web des Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, <http://www.sanp.ch/pdf/2005/2005-03/2005-03-097.PDF>

“Improving Mother/child Interaction To Promote Better Psychosocial Development in Children”, international child development programmes Oslo, programme on mental health world health organization Geneva, OMS, (1997)
http://www.who.int/mental_health/media/en/29.pdf

Annexes

Annexe n°1 : EPDS

1. Dans les sept derniers jours, j'ai été capable de rire et de voir le bon côté des choses	Autant que d'habitude	0
	Pas tout à fait autant que d'habitude	1
	Moins souvent que d'habitude	2
	Pas du tout	3
2. J'ai été dans l'attente heureuse des événements à venir	Plus que jamais	0
	Un peu moins qu'avant	1
	Vraiment moins souvent qu'avant	2
	Presque jamais	3
3. Je me suis adressée des reproches inutiles quand les choses allaient mal	Oui, presque toujours	3
	Oui, parfois	2
	Pas souvent	1
	Non, jamais	0
4. J'ai été anxieuse ou préoccupée sans raison valable	Non, pas du tout	0
	Presque jamais	1
	Oui, parfois	2
	Oui, très souvent	3
5. J'ai été effrayée ou paniquée sans raison valable	Oui, souvent	3
	Oui, parfois	2
	Non, pas très souvent	1
	Non, pas du tout	0
6. Je suis dépassée par les événements	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, parfois	2
	Non, presque jamais	1
	Non, pas du tout	0
7. J'ai été si malheureuse que cela m'empêche de dormir	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, parfois	2
	Pas trop souvent	1
	Jamais	0
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, assez souvent	2
	Parfois	1

	Jamais	0
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0
10. J'ai eu l'idée de me faire du mal	Oui, assez souvent	3
	Parfois	2
	Presque jamais	1
	Jamais	0
TOTAL		

Annexe n°2 : MIB

Ces questions concernent vos sentiments pour votre enfant depuis qu'il est né. Quelques adjectifs sont listés ci-dessous qui décrivent quelques uns des sentiments que les mères ont envers leur bébé durant les premières semaines qui suivent la naissance.

Faites une croix en face de chaque mot, dans la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie depuis la naissance.

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion	3	2	1	0
Joie	0	1	2	3
Sentiment de ne pas être attirée	3	2	1	0
Protectrice	0	1	2	3
Déçue	3	2	1	0
Agressive	3	2	1	0

Cotation : 0 à 24

Score de 0 à 3. (Inverser les scores pour les réponses à tonalité négatives)

Annexe n°3 : Sorties précoces : critères (ANAES, 2004)

« Définition du retour précoce au domicile après accouchement (RPDA)

Dans une maternité donnée, une sortie est, en général, considérée comme précoce si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour ce service. Les termes « sortie précoce » ou « retour précoce » correspondent dans ce document à une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne. Plusieurs périodes peuvent être identifiées à partir de la naissance, correspondant aux principales étapes du suivi de la mère et du nouveau-né. Il est possible de différencier en pratique des sorties hyper précoces (J0), très précoces (J1) et modérément précoces (J2).

Principes généraux guidant l'organisation du retour précoce au domicile après accouchement :

Il ne s'adresse a priori qu'aux couples mère-enfant à **bas risque médical, social et psychologique** (grade B). À l'intérieur de cette population, le succès du RPDA repose sur la coexistence de plusieurs conditions fondamentales, et notamment :

- Le libre arbitre des parents doit être préservé lorsque l'éventualité d'un RPDA leur est présentée ;
- Les séances de préparation à la naissance et de consultations de suivi de grossesse doivent prendre en compte l'éventualité d'un RPDA. Un processus d'apprentissage adapté, visant à soutenir les compétences parentales, est particulièrement précieux dans l'optique du RPDA ;
- Le **suivi médical**, psychologique et social doit être assuré **dès le retour à domicile**, par une organisation compétente et fiable. Elle doit être en mesure de s'adapter aux réalités familiales et sociales, et respecter un cahier des charges élaboré conjointement par les différents intervenants impliqués dans chaque phase du suivi de la femme et de son enfant.

Éléments pour décider d'une sortie précoce de la maternité :

La rigueur d'évaluation de l'opportunité du RPDA pour chaque couple mère-enfant et la qualité du programme de suivi après sortie sont les éléments primordiaux pour leur bien-être et pour la prévention des complications maternelles et infantiles. Tout

programme de RPDA doit intégrer un protocole de repérage précoce et d'intervention pour les mères et nouveau-nés à risque.

Trois conditions de base doivent être respectées :

1) Le bilan de l'état de santé **physique et psychologique** de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions **sociales** sont satisfaisants à la date envisagée pour le départ. Les examens complémentaires opportuns ont été réalisés et leurs résultats sont connus et satisfaisants.

2) La mère a une **compétence** et une **autonomie** suffisantes pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile ;

3) Le **suivi est assuré à domicile** par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture (grade C). Ils doivent pouvoir intervenir dans des délais et selon des modalités adaptés aux différentes difficultés possibles.

Il est du ressort de l'équipe soignante de la maternité d'apprécier la compatibilité de l'état de santé de la mère et de l'enfant avec le retour à domicile, comme pour toute sortie de maternité, en se référant à l'état de l'art en la matière. Les recommandations entendent cependant attirer l'attention des professionnels sur quelques points à considérer plus particulièrement lorsqu'un RPDA est envisagé. »

Parmi ces recommandations, on note :

- Instauration du lien mère-enfant

Son évaluation étant difficile et inconstamment réalisée dans les premiers jours, ses difficultés peuvent être sous-estimées. Il est nécessaire de prendre en compte des facteurs prédisposant ou des problèmes dans l'établissement du lien qui peuvent modifier les conditions de sortie.

- Prise en compte de l'état psychique

Une plus grande vulnérabilité psychique est fréquente et le plus souvent bénigne durant la grossesse et le post-partum. Elle nécessite une écoute attentive et un accompagnement. Le diagnostic et la prise en charge précoces de certains troubles rares mais potentiellement graves nécessitent que les professionnels connaissent les éléments évocateurs de leur diagnostic et la conduite à tenir.

• La dépression du post-partum

La dépression du post-partum est de survenue tardive. Sa prévention repose sur une prise en charge spécifique des femmes enceintes à risque dépressif élevé (grade A).

La dépression ou les antécédents de dépression grave, notamment puerpérale, contre-indiquent le RPDA, sauf s'il a été retenu lors du suivi spécifique de la grossesse actuelle comme une modalité judicieuse d'accompagnement psychique, qui sera poursuivi à domicile. Pour dépister le risque dépressif, un outil d'auto-évaluation de la dépression dans le post-partum (échelle EPDS) est validé et traduit en français. Son utilisation est également proposée durant la grossesse, notamment au 3^e trimestre.

- La psychose puerpérale

Il est recommandé de rechercher systématiquement pendant la grossesse les signes et antécédents psychotiques (y compris puerpéraux ou familiaux). Ils justifient un suivi spécialisé (grade C) et contre-indiquent une sortie précoce.

Conditions d'ordre organisationnel

Un document de liaison spécifique comprenant les éléments utiles au suivi après retour précoce, conforme à la charte établie entre la maternité et l'organisation chargée du suivi à domicile, doit être remis à la mère au plus tard au moment du retour à domicile.

- Organisation familiale

La fatigue est un important facteur favorisant la souffrance psychique maternelle : le RPDA ne doit pas être un obstacle au repos de la mère. Il convient de s'assurer avant un RPDA que les conditions domestiques du retour à domicile sont propices à une bonne intégration du nouveau-né dans la structure familiale. Les conditions de logement doivent être jugées adaptées et le soutien procuré par l'entourage suffisant. L'éloignement rendant souvent difficile l'entraide familiale, il est recommandé que le père soit présent dès la sortie de la maternité.

Circonstances justifiant de différer ou contre-indiquer un RPDA

Lorsqu'un risque médical, psychologique ou social significatif a été repéré, le RPDA doit être différé ou abandonné (grade B).

- Pathologie somatique
- Dépression ou antécédent de dépression grave, de dépression du post-partum ;
- États psychotiques et antécédents de psychose puerpérale ;
- Risque thromboembolique maternel non géré ;
- **Présence de facteurs de risque de perturbation dans l'établissement du lien mère-enfant.**

Situations à risque non médical

- Mère très jeune et/ou inexpérimentée sans soutien familial suffisant et notamment mère isolée ;
- Conduites addictives ;
- Situation sociale, familiale ou environnementale défavorable ;
- Réserves sur la qualité du suivi qui pourra être assuré à domicile (capacité à honorer tout ou partie du cahier des charges).

Le suivi à domicile : médical (mère et enfant) et prise en compte de l'état psychique, au domicile

- Anxiété maternelle

Elle est fortement liée à la fatigue et au manque de confiance en soi de la mère dans son nouveau rôle. Il importe que l'accompagnement à la parentalité soit axé par le soignant sur la prise de confiance et l'autonomisation. Cela peut justifier une formation des professionnels concernés ;

- Baby-blues

Il apparaît vers le 3^e jour après l'accouchement, donc à domicile en cas de sortie précoce. L'équipe de suivi à domicile doit en assurer le dépistage et savoir déceler les signes annonciateurs d'une évolution vers une dépression ;

- Dépression du post-partum

Elle survient dans les 2 semaines à 6 mois suivant la naissance. L'utilisation à domicile d'un outil d'auto-évaluation (**échelle EPDS**) validé pour le dépistage de la dépression peut être recommandée. La survenue d'une dépression nécessite une prise en charge spécifique rapide ;

Les complications thromboemboliques ne sont généralement pas envisagées dans les études concernant le RPDA, en raison de leur survenue souvent plus tardive.

- Psychose puerpérale

Beaucoup plus rare (1 à 2 ‰ grossesses) et sévère, elle survient le plus souvent dans le mois qui suit la naissance. La possibilité de survenue d'une psychose même en l'absence d'antécédents personnels ou familiaux et ses dangers (actes auto et hétéro-agressifs, notamment envers l'enfant) doivent être connus de l'équipe de suivi à domicile, à qui incombe le repérage précoce de ses symptômes. Leur apparition impose une prise en charge spécialisée immédiate.

Lien mère-enfant

Les premiers jours de vie sont un moment privilégié pour apprécier au mieux la qualité du lien qui s'établit entre la mère et son enfant. Ce lien est un facteur

essentiel du développement psychique de l'enfant. Son évaluation régulière à domicile est essentielle.

Visites à domicile

Elles concernent la mère et l'enfant. La date de la première visite doit être fixée avant la sortie de la maternité. Le (ou les) médecin choisi(s) pour suivre ultérieurement la mère et le nourrisson doit être prévenu de la prise en charge à domicile dès qu'elle est débutée, par l'équipe de suivi à domicile. Le moment du relais est convenu entre eux et la mère. Ce doit être l'occasion de préciser qui réalisera l'examen du 8ème-10ème jour de l'enfant et de la mère, et la visite post-natale.

- 1re visite : elle est systématique, le lendemain si sortie avant J2, et au plus tard le surlendemain si sortie à J2 ;
- 2e visite et 3e visite : elles devraient être systématiques, et planifiées selon l'appréciation du professionnel en accord avec la mère.

Ces visites seront l'occasion d'apprécier directement la situation psychosociale et familiale à domicile.

D'autres visites doivent pouvoir être réalisées, en fonction des besoins ressentis de la mère et des constatations du soignant.

Un soutien téléphonique peut compléter les visites à domicile et renforcer le soutien à la mère et aux familles :

- appel aux jours convenus à l'avance avec la mère, en fonction de l'espacement des visites (à évoquer dès la présentation du RPDA) ;
- suivi téléphonique en fonction des constatations faites à la maternité ou à domicile : évolution de l'enfant, rappel des consignes données par le soignant.

Assistance

Le suivi devrait être possible sept jours sur sept. La famille doit connaître, dès la sortie de maternité, les coordonnées téléphoniques d'un professionnel chargé du suivi à qui se référer, et celles des services assurant le relais en l'absence de celui-ci. L'équipe chargée du suivi doit s'assurer que la mère sait quand et comment demander de l'assistance. En cas de réhospitalisation nécessaire pour la mère ou pour l'enfant, leur hospitalisation conjointe devra être favorisée.

Annexe n°4 : Grille d'évaluation des interactions précoces

ITEM 1 : Lecture des besoins du bébé par sa mère	
ITEM 2 : Bébé facile à comprendre par le soignant	
ITEM 3 : Qualité de la contenance et du holding proposés par la maman	
ITEM 4 : Bébé facile à calmer (Par les soignant et les parents)	
ITEM 5 : Interpénétration des regards (mère-enfant)	
ITEM 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée entre la mère et l'enfant	
ITEM 7 : Qualité du contexte familial observé	
ITEM 8 : Stabilité émotionnelle de la mère	

Annexe n°5 : document complétant la grille d'évaluation des interactions précoces

ITEM 1 : Lecture des besoins du bébé par sa mère

cotation

de 0 =inadaptée à 7 = très adaptée

Commentaire:

Comment la mère décode les comportements du bébé, quelles sont ses capacités d'ajustement à ces derniers ? Cette question explore la notion de l'identification de la mère au bébé.

ITEM 2 : Bébé facile à comprendre (par le soignant)

Cotation :

De 0= jamais à 7= toujours

Commentaire:

L'examineur est-il en mesure de comprendre facilement et le plus souvent le comportement du bébé ?

ITEM 3 : Qualité de la contenance et du holding proposés par la maman

Cotation

De 0=Très insuffisante à 7= très bonne

Commentaire :

Comment l'examineur évalue-t-il la qualité du portage et l'ajustement physique et comportemental de la mère à son enfant ?

Cet item évalue la réponse que la mère apporte au besoin du bébé de retrouver un contenant. Celui-ci peut lui être offert de manière tactile par le biais du portage et/ou des mouvements rythmiques, les modulations de la voix ...

ITEM 4 : Bébé facile à calmer (soignant et parents)

Cotation :

De 0=jamais à 7=toujours

Commentaire joint :

Quels efforts doivent être consentis pour calmer l'enfant ? Est-il capable de se calmer seul en suçotant ses mains ? De s'apaiser en voyant le visage de sa mère ? Faut-il chantonner, le bercer ?

ITEM 5 : Interpénétration des regards (mère-enfant)

Cotation

de : 0=jamais à 7= fortement

Commentaire:

Les regards de la mère et de l'enfant se croisent-ils lorsque l'enfant est éveillé?

A noter

Si le bébé n'est pas réveillé, soit repasser à un autre moment, soit se renseigner auprès des collègues susceptibles d'avoir assisté à des échanges mère-bébé éveillé.

ITEM 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée entre la mère et l'enfant

Cotation :

de 0=insuffisant à 7= très important

Commentaire:

Quelle ambiance se dégage de la tétée (sein ou biberon) ? Comment l'opérateur se sent-il s'il en est témoin ? Trouve-t-il le bébé bien installé ? La mère confortable et absorbée par ce qu'elle fait ?

A noter

Comme pour l'item précédent, si le bébé n'est pas en train de manger lors du passage de l'observateur, soit repasser à un autre moment, soit se renseigner auprès des collègues susceptibles d'avoir assisté à des échanges mère-bébé éveillé.

ITEM 7 : Qualité du contexte familial observé

Cotation

de 0=mauvais à 7=très soutenant

Commentaire:

Quelles sont les ressources de la mère dans son environnement ? Sera-t-elle souvent seule face à son enfant ? Cette question explore la qualité de l'étayage des pères, des grand-mères. Elle se traduit notamment par : le père est-il présent dans la chambre, ou quelqu'un d'autre de la famille (grands-parents de l'enfant) ?

A noter

Si aucun membre de la famille n'est présent lors du passage, poser quelques questions à la maman sur ses visites, sur la présence de sa famille à ses côtés... peut aider à renseigner la grille. Il peut être nécessaire d'échanger avec des collègues pour savoir s'ils ont croisé la famille.

ITEM 8 : Stabilité émotionnelle de la mère

Cotation

de 0=très faible à 7=très importante

Commentaire

La mère pleure-t-elle facilement ? Est-elle facilement irritable ? Soumise à d'importantes sautes d'humeur ?

Certaines mères semblent solides en maternité, rassurées par le cadre hospitalier, mais montrent des signes d'une labilité émotionnelle qui peut faire craindre des difficultés à l'heure du retour à la maison.

A noter

Cet item peut demander d'échanger avec ses collègues pour connaître leur vécu.

Annexe n°6 : Questionnaire d'acceptabilité

1. La participation à l'étude sur les évaluations des interactions précoces en maternité vous a-t-elle apporté quelque chose dans votre travail au quotidien ?
oui/non. Si oui, quoi ? Si non pourquoi ?

2. Le fait de participer à cette étude a-t-il fait naître des questions chez vous ?

oui / non. Si oui, lesquelles ?

3. Diriez-vous que la prise en compte des interactions mère-enfant tient une place importante dans votre travail ?

oui/non

4. Avez-vous le sentiment de disposer des outils d'évaluation nécessaires ?

oui/non

5. Avez-vous craint lors de votre cotation de porter préjudice aux mères ?

oui/non. Pourquoi ?

6. Sur quoi vous avez-vous le sentiment de vous être basée **le plus** pour répondre ?
(Il est possible de souligner deux réponses)

Ce que j'ai pu observer entre la mère et son bébé/ ce qu'elle a pu me dire/ la relation que j'ai avec elle / l'avis du reste de l'équipe/ les antécédents éventuels de la mère/ mon ressenti général sans pouvoir le préciser / autre (préciser)

7. Par quels autres facteurs (**que l'observation** des comportements de la mère) pensez-vous être **influencée** dans votre évaluation au quotidien des interactions mère-enfant ?

Mes représentations de la mère/ mon degré d'empathie ou de rejet/ l'opinion des autres membres de l'équipe/ les antécédents de la mère/ la situation sociale/ mon intuition/ autre (préciser)

8. Lorsqu'une mère vous préoccupait dans sa relation à son bébé, sauriez-vous dire sur quels **critères** ? (avant et après utilisation de la grille)

9. L'utilisation de la grille et de ses items a-t-elle modifiée votre manière d'aborder et d'évaluer les interactions mère-enfant ?

oui/non. Pourquoi ?

10. Pensez-vous que la grille pourrait être utile en pratique quotidienne pour repérer les mères qui auraient besoin que l'on approfondisse cette question avec elle ?

oui/non. Pourquoi ?

11. Pensez-vous qu'elle pourrait s'ajouter aux propos échangés lors des transmissions ou entre collègues?

12. Permettrait-elle dans ce cas de prendre en compte des points peut-être pas abordés d'habitude?

13. De manière générale, avez-vous le sentiment que la participation à cette étude vous a permis de préciser comment vous évaluiez la relation d'une mère avec son bébé ?

oui/ non. Pourquoi ?

14. La participation à cette étude vous a-t-elle été pénible dans votre travail quotidien?

oui / non. Pourquoi ?

Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant : étude de «la grille d'évaluation des interactions précoces» du CHR de Lille.

Ursula LENSEELE

1 volume : 153 pages
Discipline : Orthophonie

Résumé :

Ce travail a été entrepris avec pour objectifs:

- d'évaluer la capacité de repérage des difficultés d'instauration des premiers liens en maternité de la grille d'évaluation des interactions précoces, développée dans l'Unité de pédopsychiatrie périnatale coordonnée par le Dr Lemaître au CHRU de Lille.
- de déterminer l'influence d'un facteur comme – le risque - l'aspect dépressif maternel (baby-blues) sur les scores obtenus.
- d'évaluer l'acceptabilité de la grille dans un service de maternité.
- d'étudier l'intérêt de la grille dans le suivi lors d'hospitalisations à domicile (HAD) décidées pour soutien d'instauration des liens.

Il a été réalisé durant 3 mois à la maternité de Jeanne de Flandre. **Une puéricultrice et une sage-femme ont réalisé une double cotation qui a été comparée aux scores obtenus par les mêmes dyades à deux auto-questionnaires**: un questionnaire du lien mère-enfant (le MIB) et un questionnaire de «dépression», l'EPDS. La relation de ces scores et la reproductibilité inter-opérateurs ont ensuite été évaluées statistiquement.

A l'issue de la phase de recueil des données, **un questionnaire** interrogeant la perception de la sage-femme et de la puéricultrice sur la grille, son acceptabilité et la prise en compte des interactions précoces dans leur travail **a été rempli par les deux opératrices**.

Trois des dossiers ayant fait l'objet d'un suivi en HAD pour soutien d'instauration des liens sont étudiés, montrant l'intérêt de la grille comme outil d'objectivation des difficultés d'instauration des liens, en particulier dans **la mise en place d'une HAD, dans son suivi et dans la prise de décision de l'interrompre**.

Mots-clés :

Dépistage, difficultés d'instauration des premiers liens, interactions précoces, maternité, grille, évaluation, HAD.

Abstract : This work was undertaken to:

- evaluate the ability of an early interactions assessment grid (developed in Perinatal Psychiatry Unit by Dr. Lemaître at Lille CHRU) to identify the difficulties of establishing the first mother-child bonds at the maternity ward.
- determine the influence of a factor as the presence of maternal depression (baby blues) on scores.
- evaluate the acceptability of the grid in a maternity ward.
- study the interest of the grid in monitoring the hospitalization at home decided in order to enable the establishment of the mother-child bonds.

It was conducted for 3 months at the maternity Jeanne de Flandre. A nursery nurse and a midwife performed a dual listing that we compared to scores obtained by the same dyad in two self-questionnaires: the mother-infant bonding (MIB) and a questionnaire of "depression", the EPDS.

The relationship of these scores and the inter-operator reproducibility were evaluated statistically.

Following the data collection phase, a questionnaire asking their perception of the grid was completed by the two operators: nursery nurse and midwife.

Eventually, three cases of HAD patients are studied, showing the interest of the grid as a tool of objectification of the difficulties of establishing early interactions between mother and child.

Keywords: mother-child bonds, early interactions, grid.

MEMOIRE dirigé par : **LEMAÎTRE Véronique**, Hôpital Fontan.

Université Lille 2 Droit et Santé

2011