



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La communication par le corps chez le nourrisson de 0 à 6 mois:
comment à partir d'une communication analogique se développe une
communication intersubjective ?**

Revue de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2014 à 14h
au Pôle Recherche

Par Claire EICHHOLTZER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Delion

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Truffert

Monsieur le Docteur Jardri

Monsieur le Docteur Dodin

Directeur de Thèse :

Madame la Docteur Schoemaker

Avertissement

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

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
La communication	6
I. La communication à travers l’Histoire	6
II. Définitions	7
A. La communication	7
B. Le langage, la langue et la parole	9
C. Autres définitions	10
III. La communication chez les animaux.....	11
IV. Modèles de communication.....	13
A. La communication par l’Ecole d’Oxford	13
B. Modèle de communication de Jakobson.....	13
C. La communication pour l’école de Palo Alto.....	15
V. La communication analogique et digitale	16
VI. La communication intersubjective.....	17
Capacités des parents permettant la communication	18
I. Capacités psychiques	18
A. Enfant fantasmatique et imaginaire.....	18
B. La transparence psychique.....	19
C. La préoccupation maternelle primaire.....	20
D. Passage du lien narcissique vers le lien objectal	21
E. Constellation maternelle	22
II. Capacités corporelles.....	23
A. Le contact cutané	23
B. Les hormones	24
C. Mamanais et prosodie maternelle	24
Capacités corporopsychiques du nourrisson	28
I. Les capacités corporelles	28
A. Capacités sensorielles	28
1. Le toucher.....	29

2.	L'olfaction	29
3.	La gustation	30
4.	L'audition	30
5.	La vision	31
B.	Capacités motrices	32
1.	Les réflexes archaïques.....	32
2.	La motricité libérée.....	34
3.	Développement psychomoteur.....	34
C.	Capacités cognitives	36
D.	Capacités mnésiques	38
E.	Capacités sociales:.....	39
1.	Les neurones miroirs	39
2.	Capacité d'imitation	40
3.	Précurseurs du langage	43
F.	Développement psychomoteur selon Bullinger	44
II.	Les capacités psychiques.....	47
A.	Le développement psychique précoce selon Freud	47
B.	L'image inconsciente du corps	49
C.	L'attachement	52
D.	Les organisateurs de Spitz	56
III.	Les capacités corporopsychiques.....	57
A.	Examen clinique selon Brazelton.....	57
B.	Phénomène d'habituation.....	59
C.	Régulation de l'état de vigilance	61
D.	Régulation de l'état tonique.....	62
E.	Amodalité et transmodalité perceptives.....	64
F.	Segmentation	67
G.	Mantèlement et démantèlement.....	68
	Communication et interactions précoces entre les parents et le bébé	69
I.	L'appareil à penser les pensées	71
II.	 Holding, handling et espace transitionnel.....	72
III.	 Regards entre la mère et son enfant.....	75
IV.	 Le dialogue tonico-émotionnel.....	78
V.	 Peau psychique et identification adhésive.....	79
VI.	 Le Moi-Peau	81

VII.	Boucle de retour, clivages et identifications intracorporelles	83
A.	Interpénétration des regards, boucle de retour et enveloppe psychique	84
B.	Phase symbiotique	86
VIII.	Processus de séparation individuation	88
IX.	Modèle de régulation mutuelle et conscience dyadique	90
A.	Modèle de régulation mutuelle.....	90
B.	Conscience dyadique.....	92
X.	Les rythmes	92
XI.	La notion d'attention et de format	94
A.	La notion d'attention.....	94
B.	La notion de formats	95
XII.	Protoconversations	96
A.	Protoconversations	96
B.	Expérimentation «Still face»	98
XIII.	Accordage affectif et Sens du Soi.....	99
A.	Accordage affectif	100
B.	Les enveloppes protonarratives.....	101
C.	Sens du Soi	102
XIV.	Précurseurs corporels de la communication (Etude PILE)	103
	<i>La communication intersubjective.....</i>	<i>104</i>
I.	La tétée	104
II.	L'intersubjectivité.....	108
III.	Vers la symbolisation et la pensée	113
IV.	Vers le langage	116
	<i>Signes cliniques de souffrance psychique chez le bébé.....</i>	<i>119</i>
I.	Classifications et échelles.....	121
A.	Zero to Three	121
B.	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA):.....	122
C.	Classification Internationale des Maladies (CIM 10)	123
D.	Diagnostic and Statistical Manual (DSM 5)	123
II.	Troubles somatiques	123
A.	Troubles du sommeil	123
B.	Troubles de l'alimentation	124

C.	Troubles de l'appareil digestif	126
D.	Troubles respiratoires	127
E.	Troubles cutanés	128
F.	Syndromes généraux	129
III.	Troubles tonico-moteur	129
A.	Trouble du tonus	130
1.	Trouble de la régulation du tonus	130
2.	Hypertonie	131
3.	Hypotonie	131
4.	Déséquilibre du tonus axial entre la gauche et la droite	132
B.	Retard psychomoteur	132
IV.	Troubles de la relation	133
A.	Evitement relationnel	133
B.	Troubles du regard	137
V.	Manifestations affectives	138
VI.	Troubles du pré-langage	141
	Exemples de pathologies où la communication est altérée: cas cliniques	142
I.	Noé	142
II.	Jade	149
III.	Emma et Manon	153
IV.	Lucas	156
	Prise en charge des troubles de la communication	162
I.	Consultations thérapeutiques parents-bébé	162
A.	La consultation en périnatalité	162
B.	L'observation clinique et thérapeutique selon Brazelton	164
C.	Les thérapies conjointes parents-bébés	166
1.	Psychothérapies d'inspiration psychanalytique	167
2.	Psychothérapies brèves	167
D.	L'observation directe des bébés selon Bick	168
II.	Disciplines participant à la prise en charge	170
A.	Médecine générale et pédiatrie	171
B.	L'orthophonie	172
C.	La psychomotricité	173
III.	Lieux thérapeutiques	175

A.	Les soins ambulatoires	175
B.	Les interventions à domiciles	176
C.	Les accueils thérapeutiques	178
1.	Les maisons vertes.....	178
2.	Le Fil d’Ariane à Lille	179
3.	L’accueil en crèche.....	180
4.	Le maternage insolite de Lóczy	180
D.	Les lieux thérapeutiques spécifiques aux pathologies maternelles	182
IV.	Outils thérapeutiques	182
A.	Le portage et la mise en forme	183
B.	La musique et les comptines	185
C.	L’atelier massage	186
	Conclusion.....	188
	Références bibliographiques.....	191
	Annexes	200

RESUME

Durant notre expérience clinique en périnatalité, nous avons été confrontée à des dyades mère-bébé dans lesquelles la communication entre les deux partenaires était altérée, parfois inexistante. Nous avons donc voulu approfondir le sujet de la communication par le corps chez le nourrisson de 0 à 6 mois à travers une revue de la littérature. Dans ce travail, nous nous demanderons comment à partir d'une communication analogique se développe une communication intersubjective chez le bébé.

Après avoir défini la communication, nous développerons les capacités corporelles et psychiques des parents qui leur permettent de communiquer avec leur bébé. Puis, nous aborderons l'ensemble des capacités et des compétences du nourrisson qui font de lui un partenaire actif de la communication. Nous verrons la manière dont la mère et le bébé communiquent à travers différents modèles théoriques et comment cet échange va nourrir le bébé sur le plan corporopsychique. L'exemple de la tétée nous permettra de comprendre comment la communication intersubjective émerge. Nous décrirons ensuite les différents signes cliniques qui marquent une souffrance psychique chez le bébé lorsqu'il ne peut communiquer avec son entourage quelle que soit l'étiologie. Enfin, nous présenterons différents cas cliniques que nous avons rencontrés dans notre pratique avant d'exposer les prises en charge possibles.

La communication chez le nourrisson est un vaste sujet qui soulève encore de nombreuses questions. Des études semblent encore nécessaires pour explorer ce domaine. La perturbation de la communication analogique et intersubjective pouvant entraver l'accès au langage, mais aussi la relation à l'autre, un dépistage, un diagnostic et une prise en charge précoces semblent donc s'imposer.

INTRODUCTION

Durant notre internat et nos différents stages en psychiatrie, nous avons toujours été frappée par la dichotomie qui existait entre le corps et l'esprit. Pour *Freud*, l'interdit du toucher était indispensable dans la cure psychanalytique pour lever l'inhibition de la parole et permettre au thérapeute d'accéder à l'inconscient du patient. (1) Mais comment prendre en charge des patients qui ne peuvent pas utiliser le langage pour exprimer leurs ressentis? En effet, la cure psychanalytique a été pensée pour des patients névrotiques et non pour des patients psychotiques ou autistes. Pour nous, lorsqu'un patient n'est pas capable de communiquer verbalement, le corps, le toucher, le regard peuvent nous permettre de rentrer en communication avec lui afin d'essayer d'apaiser sa souffrance psychique. Comme le souligne *Schotte*, le «contact» est la clé de la rencontre interpersonnelle. (2)

Nous avons été confrontée à des dyades mère-enfant en souffrance lors de la période périnatale. Cette dernière va de la grossesse à la fin de la première année de l'enfant. Historiquement, la psychiatrie périnatale s'est d'abord penchée sur les pathologies spécifiques des mères qui apparaissent durant cette période (psychose puerpérale et dépression du post-partum) avant de s'intéresser aux interactions mère-bébé et aux troubles spécifiques du nourrisson. (3) Durant notre travail avec une équipe de périnatalité nous avons ainsi pu découvrir comment le bébé exprimait sa souffrance. Nous avons constaté que bien souvent les signes de souffrances psychiques que le bébé manifestait par son corps n'étaient ni perçus par la mère et la famille, ni même par certains partenaires de soins. Des bébés étaient capables de déployer une énergie impressionnante pour nous signifier leur souffrance mais ils n'étaient pas entendus. L'idée de montrer comment le bébé peut communiquer est née ainsi.

Le plus souvent, la communication entre la mère et son enfant s'établit naturellement, presque sans effort. Le corps du bébé est alors le support des échanges émotionnels et du partage des représentations entre la mère et son enfant. (4) Ce n'est que lorsqu'un trouble de la communication s'installe que nous prenons conscience de toute la complexité de la mise en place de ce processus.

Nous nous sommes donc intéressée à la communication analogique (partie non linguistique de la communication comprenant les mimiques, les regards et les postures) chez le nourrisson et aux points clefs de la mise en place de la communication normale chez l'enfant. Mais comme le soulignait Winnicott, «un bébé tout seul ça n'existe pas». (5) C'est dans la relation à l'autre qu'il va développer ses capacités de communication. La communication intersubjective (communication entre deux personnes qui se perçoivent comme différentes et ayant une pensée propre) permettra par la suite l'accès à la communication verbale.

Comment à partir d'une communication analogique se développe une communication intersubjective? C'est à travers une revue de littérature, que nous tenterons de répondre à cette question complexe.

Pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent la communication, il nous paraît tout d'abord important de définir ce qu'est la communication mais aussi le langage. Nous nous sommes ensuite demandée si seule l'espèce humaine était capable de communiquer et d'utiliser un langage ou si les animaux avaient également cette capacité. Nous verrons qu'il existe plusieurs modèles de communication utilisés par l'homme. Puis nous approfondirons la communication analogique et intersubjective.

Nous développerons ensuite les capacités psychiques (représentations de l'enfant imaginé, transparence psychique, préoccupation maternelle primaire...) et corporelles (contact cutané, hormones, prosodie maternelle...) qui permettent aux parents de comprendre et de communiquer avec leurs enfants.

Nous verrons que dès sa naissance le nourrisson a différentes capacités corporelles qui lui permettent de communiquer de manière analogique avec son entourage. Il va d'abord percevoir son environnement et les informations qui lui sont destinées de manière sensorielle. Il utilisera ensuite son système moteur pour y répondre. Le nourrisson est aussi capable d'avoir des représentations psychiques et mnésiques. Le bébé va très vite entrer en interaction avec son entourage grâce aux neurones miroirs, à sa capacité d'imitation et à l'utilisation de précurseurs du langage. Puis nous aborderons les capacités psychiques du nourrisson ainsi que ses capacités à percevoir, à réguler et à organiser les informations perçues lors d'un échange avec son entourage.

Nous nous intéresserons ensuite à la manière dont le bébé communique avec ses parents. Différentes théories nous permettent de mieux comprendre comment cette communication se déroule et comment l'échange avec l'autre va nourrir le bébé sur le plan corporopsychique.

A travers l'exemple de la tétée, nous montrerons ainsi comment la communication intersubjective se met en place. Mais finalement qu'est-ce que l'intersubjectivité? Pour répondre à cette question nous aborderons différents points de vue sur le sujet. Une fois l'intersubjectivité acquise, le bébé va accéder à la symbolisation et à la communication verbale.

Nous présenterons les signes cliniques que le nourrisson manifeste pour nous communiquer sa souffrance psychique qu'elle soit due à une pathologie propre au bébé, à une psychopathologie maternelle ou à un trouble des interactions. Ces troubles peuvent être somatiques, tonico-moteurs, relationnels, se manifester affectivement ou par un trouble du pré-langage.

A travers différents cas cliniques, nous aborderons certaines pathologies où la communication est perturbée entre la mère et son bébé. Nous avons fait le choix de ne pas aborder la communication dans le cadre de pathologies où un déficit sensoriel ou moteur est présent dès la naissance car les processus adaptatifs sont alors multiples et différents selon les enfants.

Enfin, nous verrons comment prendre en charge la dyade lorsque la communication est altérée.

Il nous semble important de préciser que le plan de cette thèse ne correspond pas à un ordre chronologique. En effet, la construction d'une communication intersubjective à partir d'une communication analogique est un processus dynamique qui s'appuie sur les capacités du bébé, les capacités des parents et l'interaction entre les parents et son enfant. Chacun de ces éléments va influencer et transformer les autres en permanence. Nous tenons aussi à préciser que le terme de «mère» désigne tout adulte qui assure des fonctions identiques (père, membre de la famille, soignants, etc.).

Comme nous le verrons le sujet de la communication par le corps chez le nourrisson est vaste et complexe. Nous avons fait le choix de limiter ce travail à l'âge de 6 mois, période à laquelle le nourrisson commence à accéder à une forme d'intersubjectivité stable. Même si nous ne pourrions aborder ce sujet de manière exhaustive et que nous devons parfois concéder à quelques raccourcis théoriques, nous espérons que ce sujet vous intéressera tout autant que nous.

LA COMMUNICATION

La linguistique est une science complexe, qui implique de nombreux domaines de recherche. Nous ne ferons qu'aborder ici les principales définitions et les grands modèles de communication, de manière non exhaustive, afin de nous aider à comprendre comment le bébé (de la naissance à 6 mois) et ses parents sont capables de communiquer.

I. La communication à travers l'Histoire

Le mot *communication* est issu du latin *communicare* qui signifie *mettre en commun* ainsi qu'être *en relation*. Du mot *communicare* dérive également la *communio* qui renvoie à l'existence d'un partage ainsi que le mot *excommunication* qui signifie l'exclusion de la communauté et la rupture des liens sociaux. (6)

A partir du 16^{ème} siècle, une autre définition de la communication apparaît: la *transmission* d'une information. La communication ne se limite donc plus au langage mais concerne tous les comportements qui peuvent permettre de transmettre un message, du langage verbal aux gestes, aux mimiques... (6)

Ferdinand de Saussure (1857-1913), linguiste genevois, va développer la linguistique moderne et établir les fondements de la sémiologie. Il va différencier la langue, la parole et le langage, dont nous aborderons les définitions dans le chapitre suivant. Ses élèves publieront son *Cours de linguistique générale* après sa mort, en 1916. (6)

Dans les années 60, *Jakobson* a été l'un des premiers à évoquer l'existence d'un lien entre les structures de la langue et l'acquisition de celle-ci, et donc à étudier le développement de la communication verbale chez l'enfant. (6)

En 1957, *Chomsky*, linguiste américain, a émis l'hypothèse que le langage humain serait inné et qu'il existerait une structure universelle du langage («grammaire universelle»). Tous les nourrissons auraient donc des compétences génétiquement programmées qui leur permettraient selon le niveau de maturation, d'utiliser les différentes structures du langage.

Chomsky va également développer la notion de créativité du langage: l'enfant va découvrir la langue par expérimentation de ses propres règles linguistiques. (7) (8)

Skinner et les *béhavioristes* estiment que le langage serait issu d'un apprentissage et insistent sur l'importance de l'environnement dans le développement du langage. (7) Pour Piaget, le développement du langage repose sur les expériences faites par l'enfant dans son environnement et sur le développement des schémas sensorimoteurs. (9)

Dans les années 1980, s'est développée la notion de *communication prélinguistique*, avec les travaux de Bruner notamment. (9) Bates va étudier le langage «en tant qu'instrument conjoint de la cognition et de la communication humaine». (8)

Vygotsky et Luria s'opposeront en 1994 à la théorie de Piaget qui soutient que le langage est d'abord égocentrique avant d'être social, en avançant la thèse inverse. (10)

II. Définitions

A. La communication

La *communication* correspond à la transmission d'une information d'une personne à l'autre. Cette information se transmet grâce à un *message*, transformé en *code*. Le *message* est une unité de la communication qui correspond à une séquence de *signes*. Le *signe* correspond à un élément A substitut d'un élément B. Le *code* est un système de signes qui par convention sont préétablis, systématiques et catégoriques. L'émetteur et le récepteur ont tous les deux connaissance de ce code, au moins de manière partielle. Le code, dans les langues, est constitué de phonèmes (unités minimales et non segmentables dans la chaîne parlée et limitées en nombre dans chaque langue, 36 en français), de morphèmes (unités minimales ayant un sens dans un énoncé, sans aller au-delà de la plus petite unité, le phonème) et de règles de combinaison. (6) (7)

En 1949, Shannon et Weaver ont proposé une théorie mathématique des communications, avec un schéma linéaire de la communication: (7)

Source > Emetteur > Canal > Récepteur > Destinataire
--

Une source produit un message. L'émetteur va transformer ce message en un signal. Le canal va permettre de transmettre le signal selon un code. La communication peut être de type monocanal (exemple du téléphone où le canal est l'air ambiant) ou multicanal (communication face à face). Le récepteur va capter et décoder le message pour le transmettre au destinataire.

Dans le cadre de la communication humaine c'est le cerveau qui va permettre de coder et de décoder le message. (6)

Pour *Markel* il existe six canaux dans la communication interhumaine (7):

Tableau 1 : Les six canaux dans la communication interhumaine selon Markel

Canal	Source	Percepteur
Canal du discours	Organes phonatoires	Oreille
Canal cinétique	Mouvements corporels	Œil
Canal de l'odeur	Phénomènes chimiques odorifères	Nez
Canal du toucher	Peau	Peau
Canal de l'observation	Peau	Œil
Canal proxémique	Ensemble du corps	Œil

Il est intéressant de remarquer que le canal du discours n'est pas le seul à permettre une communication. Nous verrons donc quelles sont les différentes capacités sensorielles du nourrisson et comment il est en mesure de les utiliser pour communiquer avec sa mère.

Deux systèmes de communication sont à différencier: (7)

- La communication **bipolaire**: elle met en jeu deux individus grâce à un canal de communication. Le flux peut relier A à B ou B à A. Une réciprocité peut également exister.
- La communication **multipolaire**: elle suppose plusieurs émetteurs ou récepteurs. Plusieurs schémas de communication multipolaire (éventail, chaîne, avec relais...) existent.

Entre la naissance et 6 mois, la relation entre la mère et son enfant est principalement duelle: nous traiterons donc principalement de la communication bipolaire.

B. Le langage, la langue et la parole

Le **langage** est la capacité d'utiliser des signaux vocaux ou corporels dans le but de transmettre une information. Le langage est une forme de communication. Il implique cependant l'acquisition de la fonction symbolique : le langage est donc spécifique de l'espèce humaine. Le terme de langage concerne tout système de signes codifiés utilisé par un groupe social, même s'il n'utilise pas la parole, comme le langage des sourds-muets par exemple. Chaque signe est composé d'un *signifié* (concept) et d'un *signifiant* (image acoustique). (7)
Pour Saussure, le langage est composé de la *langue* et de la *parole*. (6)

La **langue** est un système de signes qui permet de transmettre un message entre individus et qui est spécifique à un groupe social ou à une communauté. Elle comporte des règles de lexique et de syntaxe. Il existe différents niveaux dans une langue: langue familière, langue soutenue, langue technique... (6) (7) (11)

La **parole** correspond à la matérialisation de la langue pour chaque personne, elle est individuelle. Chaque individu a une manière propre d'utiliser la langue (rythme, timbre, vocabulaire...) (7) (11)

L'acquisition du langage se fait donc à partir de l'accès à la symbolisation. Nous pouvons donc nous interroger sur la façon dont se fait cet accès à la *symbolisation* c'est-à-dire à la représentation indirecte et figurée d'une idée. (12) Or comme nous le fait remarquer Golse, la subjectivation, capacité de pensée et de se sentir être unique, est précédée par l'intersubjectivité.(13) C'est pourquoi nous évoquerons l'accès à l'intersubjectivité, comme précurseur de l'accès au langage.

C. Autres définitions

La **sémiologie** a été développée par *Saussure*. Elle étudie «la vie des signes au sein de la vie sociale». La sémiologie correspond donc plus à l'étude des systèmes de communication contrairement à la linguistique qui s'intéresse à la langue. Elle va analyser de manière qualitative la transmission des messages. (6)

Peirce va, à partir des travaux de *Saussure* sur la sémiologie, développer la **sémiotique** qui va s'intéresser aux signes et aux symboles ainsi qu'à leurs significations. La sémiotique a pour projet d'être une théorie générale des systèmes signifiants, et des représentations. (6)

Le terme de sémiotisation va être repris dans le concept de «*processus de sémiotisation*» des comportements du bébé par les parents. Le travail d'interprétation des parents va permettre de transformer des indices dans les mouvements, les attitudes... de leur bébé en signes. Ils vont ainsi attribuer un sens à certains comportements de leur bébé. (14)

Le **langage oral** repose sur **cinq fondements**, qui concernent les dimensions cognitives et linguistiques: (9)(15)

- **La phonologie**: étudie la fonction des sons du langage dans la communication linguistique. Elle est composée de la phonématique (étude des phonèmes dans une même langue) et de la prosodie. La prosodie est l'étude de la partie suprasegmentaire de la communication c'est-à-dire des éléments phoniques qui accompagnent le message. (6)

- **Le lexique**: est l'étude du vocabulaire de référence. (6)

- **La sémantique**: est l'étude du sens du discours. Les signes vont être considérés dans leurs relations avec le monde extérieur. (6) (7) (16)

- **La syntaxe**: est l'étude des règles d'utilisation des signes et de leurs interrelations dans la langue. (7) (16)

- **La pragmatique**: va étudier l'utilisation du langage et les effets de celui-ci (motivations psychologiques des émetteurs, réactions du récepteur, objets du discours...) dans le contexte de son emploi. La dimension pragmatique du langage correspond au partage émotionnel qui a lieu dans celui-ci. (6) (7) (16)

Bruner va développer une théorie pragmatique de l'acquisition du langage: «Mon argument repose essentiellement sur le fait que l'on ne peut pas comprendre le passage de la communication prélinguistique à la communication linguistique si l'on ne tient pas compte

des utilisations de la communication en tant qu'acte de langage. J'ai, dans cette perspective, mis l'accent sur le rôle que joue la pragmatique dans ce passage, sur la fonction effectrice du langage par laquelle les locuteurs affectent le comportement des autres selon la nature de leurs intentions». (10)

III. La communication chez les animaux

Avant de voir comment le petit de l'Homme, dès son plus jeune âge, communique avec ses parents, nous pouvons nous demander si la communication existe chez les animaux. Si c'est le cas, comment procèdent-ils?

Nous avons vu que la communication permettait la transmission d'un message d'un individu à un autre. Or, dans de nombreuses espèces, il a été observé que cette transmission était possible. Ils utilisent effectivement des signaux pour transmettre un message et échanger une information. (17)

Les dauphins utilisent par exemple, des sifflements et des sons à haute fréquence pour communiquer. C'est grâce au canal cutané qu'ils peuvent percevoir ces sons. (18) Chez les singes vervets, il existe trois modalités de cris différents à l'approche de prédateurs qui vont provoquer chez les autres singes des réactions de fuites différentes adaptées au prédateur. (19)

Les zoosémioticiens ont proposé de reprendre certains des fondements du langage pour étudier la communication animale. Pour eux, les comportements observables deviennent ainsi un langage qu'ils peuvent analyser selon les axes suivants (17):

- **Analyse syntaxique**: qui étudie les unités de communication et les combinaisons de ces séquences. Elle inclut les signaux optiques (plumages, écailles colorées, postures, gestes et mimiques) ainsi que les signaux olfactifs, tactiles et acoustiques.
- **Analyse sémantique**: utilisation d'un canal sensoriel spécifique pour transmettre un signal
- **Analyse pragmatique**: observation de l'ajustement des signaux de communication aux réactions du partenaire.

Notons que les êtres humains sont les seuls à partager une interaction visuelle prolongée. En effet, chez les animaux d'une même espèce, seul le prédateur a un regard direct vers sa proie. Ils ont donc le réflexe de détourner le regard et utilisent principalement une vision périphérique. (20) (21)

Les animaux sont donc bien capables de communiquer mais sont-ils capables d'utiliser un langage?

Comme nous l'avons vu, l'accès au langage nécessite l'accès à la symbolisation, or les animaux fonctionnent avec des signaux et non des signes conventionnels. (19) Les animaux ne semblent pas capables d'utiliser un langage car ils ne peuvent accéder à l'intersubjectivité, à la subjectivité et donc à la formulation d'une pensée. (22) Or le mot «langage» se confond parfois avec le mot «communication». Par exemple, le terme de «langage des abeilles» est fréquemment utilisé pour désigner le système de communication physique (position par rapport au soleil, battement d'aile..) qu'elles utilisent pour communiquer la localisation du nectar. Mais il n'existe pas d'accès à l'intersubjectivité chez ces insectes. Le terme de «langage des abeilles» n'est donc pas adapté et il faudrait lui préférer le mot de communication.

Les chercheurs ont surtout poursuivi des études sur la communication et le langage chez les animaux les plus proches de l'Homme comme le singe. En 1966, le couple *Gardner* apprend à une guenon à utiliser 250 signes de la langue des signes américaine pour communiquer. En 1975, *Terrace* apprend ainsi à Nim Chimpsky, un chimpanzé, à composer des phrases. Ces expériences ont été répétées en utilisant des signes idéographiques ainsi qu'un ordinateur avec différentes espèces de singes. (17) Plus récemment, *Leavens et coll.* ont démontré que des singes étaient capables de choisir la modalité de communication la plus adéquate (signaux visuels, auditifs ou tactiles) par rapport à l'interaction proposée par l'homme. Une communication multimodale est donc possible chez les singes, ce qui soulève à nouveau la question de l'existence d'une forme d'intersubjectivité chez ces animaux. (23)

Cette théorie reste néanmoins très controversée. Il semblerait que des grands singes élevés dans un environnement humain seraient plutôt capables d'apprendre certains aspects de la communication humaine par imitation. (19) Actuellement, il n'existe pas d'éléments suffisants pour penser que les singes aient la capacité de percevoir les états mentaux et les émotions de leurs congénères. (19)

IV. Modèles de communication

Différentes écoles se sont intéressées à la communication et voici les principaux modèles qu'elles proposent.

A. La communication par l'Ecole d'Oxford

Searle ainsi qu'Austin dans son livre *Quand dire, c'est faire* (24) ont cherché à mettre en relation la parole et l'action et ont ainsi développé trois catégories d'«actes de paroles»:

- **L'acte locutoire**: l'individu va énoncer un discours en respectant les règles de sémantique, de phonétique et de syntaxe. Il s'agit du sens immédiat du discours. (7)

Searle cite l'exemple suivant: «Est-ce qu'il y a du sel?» (dire)

- **L'acte illocutoire**: «il s'agit d'un acte effectué en disant quelque chose, par opposition à l'acte de dire quelque chose» (24) Dans la phrase «je promets de ne plus recommencer» l'émetteur va réaliser l'acte de promettre en même temps qu'il l'énonce. (6)

Il en est de même pour les verbes performatifs (commander, demander, ordonner) et les verbes d'attitude (alerter, jurer)... (7)

Ex: «L'émetteur signifie qu'il voudrait du sel»

- **L'acte perlocutoire**: Il s'agit de l'effet que produit la phrase sur le récepteur, c'est-à-dire comment les actes locutoires et illocutoires vont être perçus par le récepteur, «par le fait de dire quelque chose» (24). Le destinataire va interpréter la phrase selon le contexte et la charge émotionnelle de certains mots (7)

Ex: «Le récepteur va donner du sel à l'émetteur» (action)

B. Modèle de communication de Jakobson

Bien que le modèle de communication de Jakobson, ne s'applique qu'à la communication verbale et à une communication bipolaire (un émetteur et un récepteur), il s'agit du modèle de référence en linguistique. Il nous semble donc important de le citer. De plus, le discours que les parents adressent aux enfants et les premières productions verbales de ces derniers suivent bien ce modèle. (7) Précisons par ailleurs que l'âge d'apparition de ces fonctions reste encore inconnu. (11)

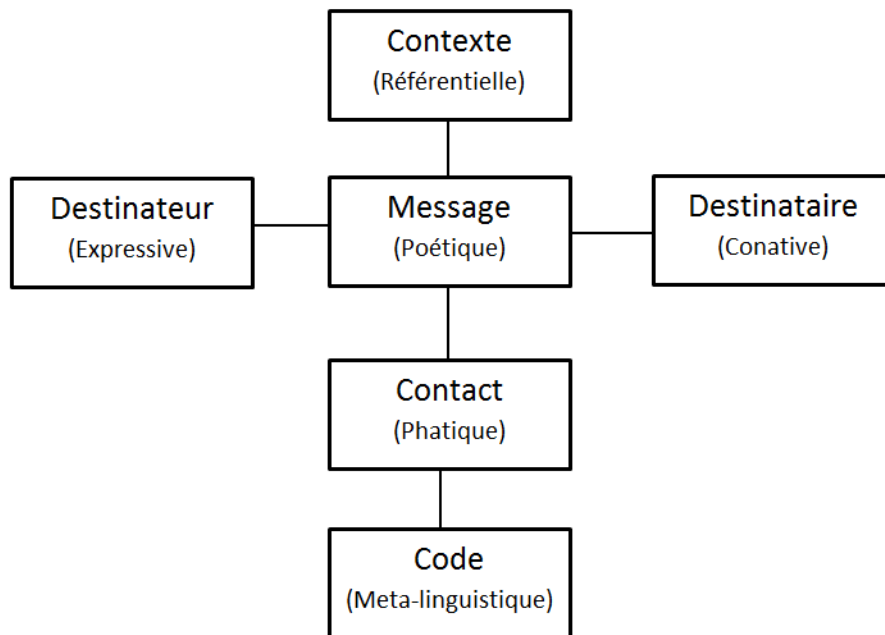


Figure 1: Modèle de la communication selon Jakobson (6)

Jakobson distingue **six fonctions de la communication:** (6)(7)(25)

- **Fonction référentielle:** Elle correspond au contexte. Celui-ci va aider à la compréhension du message.
- **Fonction expressive:** Elle est centrée sur l'émetteur. Lors de son discours, l'émetteur va transmettre des émotions, des sentiments. C'est donc la manière de dire les choses.
- **Fonction conative:** Elle est centrée sur le récepteur. Elle désigne la fonction impérative ou injonctive que va utiliser l'émetteur pour faire agir le récepteur (lui faire dire ou lui faire faire quelque chose).
- **Fonction poétique:** Il s'agit de l'esthétique de l'énoncé du message, des différentes formes du message (rythme, gradation des syllabes, figures phoniques)
- **Fonction phatique:** Elle centre la communication sur le canal utilisé. Cette fonction permet de vérifier que la communication se met en place entre l'émetteur et le récepteur («allô?»), se maintient et que nous sommes écoutés. «Vous m'entendez? ». Cette fonction n'apporte pas d'information sur le message.
- **Fonction métalinguistique:** Elle est centrée sur le code utilisé. Il s'agit d'une communication à propos de la communication. Elle permet de vérifier que l'autre nous a compris et qu'il n'existe pas de malentendus.

C. La communication pour l'école de Palo Alto

L'école de Palo Alto va tout d'abord définir la communication comme étant circulaire et non plus uniquement linéaire. La communication linéaire étant unidirectionnelle et ne comportant pas de boucles de régulation rétroactive, elle ne reflète pas la majorité des interactions. (7)

Elle va ensuite définir **cinq principes de la communication** (7)(15):

- Placé dans une interaction, un individu ne peut pas ne pas communiquer. Le refus de communiquer est une manière de communiquer quelque chose. Même lorsque les individus ne parlent pas, il existe toujours une communication analogique. (9)
- Il existe deux niveaux de communication: le niveau explicite (contenu) et le niveau implicite (l'ordre), qui dépend de l'aspect relationnel. La capacité à passer d'un niveau explicite à un niveau implicite correspond à la métacommunication.
- «La nature de la relation entre deux partenaires dépend pour chacun de la ponctuation des séquences de communication.» (15) En effet, la ponctuation des séquences de communication, c'est-à-dire l'existence de limites entre les éléments de la phrase, est importante dans la précision du discours car elle va permettre de transcrire une intonation ou d'indiquer des coordinations ou subordinations, par exemple. Elle permet ainsi de manifester les sentiments de joie, colère, surprise... La ponctuation peut être verbale comme gestuelle.
- Il existe deux modes de communication: la communication digitale et la communication analogique, que nous définirons ultérieurement.
- Les interactions sont soit symétriques (types de communication presque identiques), soit complémentaires (types de communication différents).

Notons que *Bateson* puis *Jackson* et *Watzlawick* vont proposer d'appliquer ces connaissances sur la communication à la famille, jetant ainsi les bases des théories systémiques.

L'école de Palo Alto va également travailler sur le **métalangage**, c'est-à-dire «parler *sur* le langage». Le métalangage permet l'étude du langage à un autre niveau logique.(7)

V. La communication analogique et digitale

Les **deux grands types de communication** sont la communication analogique et la communication digitale. (13)(18)(16)

- **La communication analogique (infraverbale ou préverbale):**

La communication analogique correspond à la partie non linguistique de la communication et ne va donc pas utiliser de code linguistique. Elle va entourer le langage: le message sera transmis par les intonations, les regards, les mimiques, les postures... Elle va surtout permettre de véhiculer les émotions et les affects. Les réactions neurovégétatives et viscéromotrices en feront également partie. Les éléments transmis seront plus globaux, plus synthétiques que dans la communication digitale. La communication analogique se localise au niveau de l'hémisphère cérébral mineur (le droit pour les droitiers). (13) (18) (16)

- **La communication digitale (verbale ou linguistique):**

La communication digitale correspond au langage et comprend l'utilisation de mots, phrases, et locutions. Elle va permettre la transmission des concepts, et des pensées par l'intermédiaire d'éléments codés. Elle est du type analytique. Elle est supportée par l'hémisphère majeur (le gauche pour les droitiers). (13) (18) (16)

Simplifier la communication analogique en communication préverbale et la communication digitale en verbale serait cependant réducteur. En effet, dans la communication verbale, il existe une partie de communication analogique.

Dans le langage, la chaîne parlée se compose d'un **contenu** et d'un **contenant**: (18)

- l'idée d'un **contenu** verbal renvoie aux éléments de l'énoncé (phonèmes, monèmes, syllabes, mots ou phrases selon le type de découpage que l'on adopte et qui se matérialise dans les concepts de lexique ou de sémantique)

- l'idée de **contenant** verbal renvoie d'une part aux règles de l'énonciation qui organisent l'énoncé (grammaire ou syntaxe) et d'autre part, à ce que l'on pourrait appeler la musique du langage (prosodie, timbre, ton et intensité de la voix, rythme, débit...) (18)

La chaîne parlée peut se diviser en **deux parties**:

- **la partie segmentaire** qui correspond à l'énoncé linguistique et qui contient les informations du message. Cette partie véhicule le concept de l'énoncé. (Communication digitale)
- **la partie non segmentaire ou suprasegmentaire** qui correspond à la musicalité du message et permet de transmettre les émotions, éléments non codés. Elle est le support de la communication analogique. (18)

La *prosodie* du langage verbal correspond à la partie non verbale du discours (communication analogique) car elle véhicule principalement les émotions et vient envelopper de manière globale le message. (13)

Pour *Golse*, le bébé ne rentre pas dans le langage par la communication digitale et symbolique mais bien par la partie affective et analogique. (18) (11)

VI. La communication intersubjective

Dans le dictionnaire de la linguistique de Larousse, la **communication intersubjective** est «l'échange verbal entre deux sujets parlants, le locuteur et l'interlocuteur, considérés en tant que sujets d'énonciation et sur le plan du contenu». (6)

Or l'**intersubjectivité** peut aussi être définie comme la capacité d'un individu à se sentir différent d'un autre et à percevoir que l'autre se voit et se pense comme un individu distinct. (26)

La **communication intersubjective** a donc lieu entre deux personnes qui s'intéressent de manière réciproque à leurs pensées, et qui tiennent compte de la pensée de l'autre pour répondre ou élaborer une nouvelle pensée. La communication intersubjective va permettre à l'individu de rentrer en contact avec le monde qui l'entoure. Nous reprendrons les notions d'intersubjectivité et de subjectivité ultérieurement. (21)

Dans les premiers mois de vie, le nourrisson ne percevant pas de manière constante l'autre comme différencié, il utilisera préférentiellement la communication analogique. La communication intersubjective va se mettre en place progressivement.

CAPACITES DES PARENTS PERMETTANT LA COMMUNICATION

Avant la naissance du bébé, il y a d'abord le désir des parents d'avoir un enfant. Le vécu de la grossesse va être différent pour chacun d'eux. La mère l'éprouvera dans son corps, de manière biologique. La rencontre physique du père et de son enfant se fera essentiellement lorsque ce dernier sera sorti du ventre de sa mère. Mais l'un comme l'autre vont imaginer et fantasmer leur enfant à venir. Nous verrons ensuite comment la grossesse, véritable crise maturative, va provoquer des changements dans le fonctionnement psychique de la mère. Ce fonctionnement sera à nouveau modifié quand la mère rencontrera son enfant, devenu une réalité physique, après la naissance. Ces bouleversements psychiques vont permettre aux parents de se rendre disponibles psychiquement pour accueillir et entrer en communication avec leur enfant.

Enfin, nous évoquerons les premières compétences corporelles (le contact cutané, les hormones ou la prosodie maternelle) qui permettent aux parents de mettre en place la communication avec leur bébé.

I. Capacités psychiques

A. Enfant fantasmatique et imaginaire

Avant sa conception, les parents vont désirer leur enfant et l'imaginer. Ces différentes représentations resteront dans le psychisme des parents au-delà de la naissance de l'enfant. Elles vont notamment permettre aux parents d'interpréter le comportement de leur enfant ce qui aura un effet sur les soins parentaux.

Lebovici (1915- 2000), psychiatre et psychanalyste français, va distinguer **quatre formes de l'enfant imaginé** pour les parents: (27)

- *L'enfant imaginaire*: correspond à l'enfant désiré et rêvé par ses parents. Il se construit après la période de transparence psychique du premier semestre de grossesse. Durant cette dernière sont ainsi évoqués la préférence du sexe souhaité, le choix du prénom...Les parents

peuvent se représenter cet enfant imaginaire et mettre en mots leurs pensées, attentes, et rêves préconscients. Il est investi comme une réparation possible, un accomplissement de ce que les générations précédentes ont réalisé. Les parents vont ainsi dessiner l'arbre de vie de leur enfant et fixer le mandat transgénérationnel. (27) (28) (29)

- *L'enfant fantasmatique*: correspond à l'ensemble des représentations et des scénarios qui habitent l'inconscient des parents. Il se construit en fonction du vécu des parents et des conflits infantiles refoulés. Il est donc le reflet d'un passé lointain. (27) (28) (29)

- *L'enfant mythique*: il va se construire à partir des références culturelles et médiatiques des parents. (27)

- *L'enfant narcissique*: le bébé va bénéficier d'un investissement narcissique important de la part de ses parents durant la grossesse. L'enfant narcissique sera chargé d'accomplir tous les espoirs et les rêves que les parents n'ont pu réaliser. (27)

Après l'accouchement, l'enfant imaginaire, fantasmatique, mythique et narcissique coexistent avec l'**enfant réel**. Ces différentes représentations vont avoir un effet sur la manière dont les parents vont prendre soin de leur enfant, entrer en interaction et communiquer avec lui.

Si l'image de l'enfant imaginaire ou fantasmatique est prédominante dans l'esprit des parents, ils peuvent investir de manière inadaptée le bébé réel. Il peut alors exister un décalage entre les représentations des parents et les besoins de leur bébé. Au contraire, si l'investissement se fait uniquement autour de l'enfant réel, la relation parent-enfant risque d'être désaffectivée. Les parents ne seront pas en capacité de rêver leur enfant et leur comportement pourra être uniquement opératoire. (27) (28) Comprendre ces représentations et trouver un équilibre entre enfant imaginaire, fantasmatique, mythique, narcissique et l'enfant réel, pourra aider les parents à sortir d'une relation parent-enfant pathologique.

B. La transparence psychique

Pour *Bydlowski*, pendant la grossesse et les quelques semaines après l'accouchement, la femme traverse un état psychique particulier qu'elle nomme «**transparence psychique**». Durant cette crise psychique maturative, les pensées conscientes de la mère sont plus perméables aux représentations inconscientes. Ce phénomène qui s'avère être pathologique en dehors de la grossesse est dans ce cas, ordinaire. Les représentations ne seront pas centrées sur

l'enfant qu'elle attend mais sur l'enfant qu'elle a été. La mère va progressivement investir son futur enfant mais contrairement à ce qui se passe lors de l'état amoureux dans un couple, l'objet de son amour ne se distingue pas de soi. Cet investissement narcissique ne laissera que peu de place psychique à d'autres thèmes. Une levée partielle du refoulement va avoir lieu et réveiller des fantasmes, des souvenirs et des traumatismes infantiles qui ne sont généralement pas dits en dehors de cet état de transparence psychique. En revisitant et en retravaillant son histoire émotionnelle, une nouvelle identité psychique va se construire chez la future mère. Elle pourra ainsi investir son nouveau rôle de mère, son bébé et le reconnaître comme appartenant à sa propre lignée. (30) (31)

C. La préoccupation maternelle primaire

Winnicott (1896-1971) fut d'abord pédiatre en Angleterre avant de se former à la psychanalyse. Il a accueilli de nombreux enfants en consultation, ce qui lui a permis de les observer en situation établie, et d'utiliser le jeu ou le squiggle à visée thérapeutique. Il développa, entre autre, des concepts tels que la constitution du self, l'espace transitionnel, ou encore le holding et le handling (que nous aborderons ultérieurement) en étudiant la relation mère-enfant.

Pour *Winnicott*, la **préoccupation maternelle primaire** va succéder à l'état de transparence psychique, par chevauchement. Elle se développe tout au long de la grossesse pour atteindre son paroxysme à l'accouchement et durer encore quelques semaines.

Il décrit la préoccupation maternelle primaire comme la capacité des mères après l'accouchement, à *s'identifier* et à s'adapter aux besoins de leur bébé. Ce dernier, est dans un état de dépendance par rapport à sa mère. Il ne dispose pas encore des mécanismes nécessaires à l'identification. Cette capacité à s'identifier à son bébé par empathie semblerait être «biologiquement conditionnée». Le psychisme de la mère est alors tellement centré sur les besoins de son bébé, qu'il ne lui reste que peu de disponibilité pour tout autre centre d'intérêt ou de préoccupation. La mère va alors mettre en place un «environnement suffisamment bon» pour permettre au nourrisson de se développer dans un «sentiment continu d'exister» en établissant un «cadre» dans lequel le nourrisson pourra vivre et expérimenter ses premières sensations sans être perturbé par son environnement. La préoccupation maternelle primaire est nécessaire pour que la mère puisse développer des capacités de holding et de handling.

Toutes les mères ne feront pas l'expérience de cette préoccupation maternelle primaire, leur psychisme étant occupé par d'autres éléments (deuils, traumatismes...) ou ne s'autorisant pas à se laisser envahir par cette préoccupation. Dans ce cas, la mère peut rencontrer des difficultés à s'adapter aux besoins de son bébé ou à investir son rôle de mère. Ce décalage qui peut exister entre la mère et son enfant peut alors menacer le «sentiment continu d'exister». En effet, des réactions trop importantes aux empiètements de l'environnement menacent d'annihilation le bébé et sont à l'origine d'angoisses primitives. (32)

Dans son livre «Le bébé», Marie Darrieussecq décrit son expérience de mère, la rencontre avec son bébé, son quotidien, ainsi que les émotions, les sensations, les questionnements qu'elle a traversés durant les premiers mois de vie. Elle y exprime cette préoccupation maternelle primaire en ces termes: «C'était une forme de folie. J'étais en contact permanent avec un autre monde, comme une extraterrestre percevant sans répit, dans sa boîte crânienne, les échos de sa planète d'origine.» (33)

Pour Winnicott, les mères ne garderont que peu de souvenirs de cette préoccupation maternelle primaire lorsque celle-ci s'estompera. Enfin, certaines mères pourront accéder à cette préoccupation maternelle primaire lors d'une grossesse mais pas lors d'une autre. (5) (32)

Le déclin de la préoccupation maternelle primaire va permettre à la mère de se tourner vers le père, retrouvant ainsi d'autres centres d'intérêts que son bébé. Le psychisme de la «mère suffisamment bonne» ne sera plus entièrement tourné vers son bébé, et grâce à l'espace transitionnel le bébé accédera progressivement à l'indépendance. (5)

D. Passage du lien narcissique vers le lien objectal

Comme nous l'avons déjà abordé dans le paragraphe sur la transparence psychique, la mère va d'abord investir son bébé narcissiquement avant de le concevoir comme une personne individualisée (lien objectal). Bydlowski et Golse vont distinguer **quatre étapes lors de ce passage du lien narcissique au lien objectal** qui existe entre la mère et son enfant:

- **Objet purement interne**: durant la période de transparence psychique lors de la grossesse, la mère ne considère pas encore le bébé comme un objet externe. (28)

-
- **Objet intérieur physiquement mais psychiquement externalisé**: lors de la grossesse, la préoccupation primaire va permettre à la mère d'imaginer le bébé comme extérieur alors qu'il est toujours dans son corps. (28)
 - **Objet externe physiquement mais psychiquement internalisé**: durant les premières semaines après l'accouchement et la période de préoccupation maternelle primaire, l'attention psychique de la mère sera totalement portée vers son enfant, qui est à présent extérieur à son corps. (28)
 - **Objet externe dans sa globalité**: la mère va percevoir son enfant comme un objet externe physiquement et psychiquement. Par les représentations mentales, elle gardera cependant une trace interne de son enfant. (28)

Pour certaines mères l'accouchement psychique ne correspondra pas forcément à l'accouchement physique, décalant ainsi dans le temps, le passage de ces quatre étapes.

La perception que son bébé est un objet externe et qu'il existe une séparation entre elle et lui est importante pour la mère car c'est cette distance qui va permettre la mise en place d'une communication afin de maintenir le lien avec son enfant.

E. Constellation maternelle

Pour Stern, une nouvelle organisation psychique maternelle qui fait suite à la naissance d'un enfant va se mettre en place. Il la nomme «**constellation maternelle**». Celle-ci ne se construira pas de manière innée chez toutes les mères.

Cette nouvelle vie psychique de la mère va se réorganiser selon les thèmes suivants:

- inquiétudes concernant sa capacité à donner naissance à un bébé et à pouvoir le maintenir en vie. Ces inquiétudes peuvent aussi concerner son développement et son devenir.
 - questionnements par rapport à ses capacités à établir une relation avec son enfant et à communiquer avec lui
 - création d'un réseau (père, famille, amis...) qui pourra subvenir au besoin du bébé
 - réorganisation de sa propre identité pour lui permettre de réaliser l'ensemble de ces éléments
- Cette *constellation maternelle* va assurer au bébé le soutien physique et psycho-affectif qui lui est nécessaire pour son développement. (34) (35)

II. Capacités corporelles

A. Le contact cutané

Klaus et Kennel ont les premiers soutenu l'importance des contacts prolongés et précoces dans l'établissement et la qualité du lien mère-enfant ainsi que dans le développement de celui-ci. De nombreuses maternités proposent désormais des aménagements qui permettent ce contact rapproché. (36)

Dès la salle de réveil après l'accouchement, les sages-femmes invitent les mères à placer leur bébé en peau à peau, c'est-à-dire nu sur leur ventre. De nombreuses études ont été réalisées pour prouver les bénéfices de cette pratique. Ce contact entre la peau du bébé et la peau de la mère sera le premier temps de rencontre entre ces deux êtres qui se sont côtoyés pendant neuf mois sans pouvoir s'observer. Un ajustement corporel, le premier dialogue tonique va ainsi avoir lieu et favoriser la mise en place des premières interactions entre la mère et son bébé. Le premier échange de regards aura également lieu lors de ce temps et le besoin d'attachement sera satisfait. (37) (38) (39)

Le peau à peau permet au bébé de mieux réguler différentes fonctions physiologiques et métaboliques comme la température corporelle ou la glycémie sanguine. Il a également été démontré que cette pratique permet d'assurer une stabilité cardio-vasculaire au bébé, et d'améliorer la qualité de son sommeil. Ce contact rapproché favorise aussi l'allaitement. En effet, par le contact physique, la mère sera capable de s'ajuster plus finement aux besoins de son enfant, en apprenant à reconnaître les signes de faim ou de satiété. Il augmenterait aussi la lactation chez la mère. En utilisant le peau à peau, l'allaitement se fait sur une période plus longue et semble être plus relaxant et source de moins d'anxiété pour la dyade.

Le peau à peau diminue aussi les manifestations douloureuses car il est considéré comme un analgésique. En effet, la fréquence des pleurs, des grimaces et du faciès douloureux diminue lorsque le bébé se trouve en contact direct avec la peau de sa mère. Les nourrissons bénéficiant de peau à peau semblent mieux tolérer les situations stressantes. Le développement psychomoteur dans les premiers mois semble aussi être amélioré. (37) (38) (39) Enfin, le toucher maternel aurait une action sur la production d'hormone de croissance.(40)

Le contact par peau à peau favorise donc les premières interactions mère-enfant et participe à de nombreuses régulations physiologiques chez le nouveau-né.

Stack et Arnold ont également montré que les bébés étaient sensibles au toucher et aux gestes de leur mère et que ces dernières étaient capables de communiquer avec leur bébé seulement par le toucher et le geste. (41)

Le toucher est aussi un outil de communication indispensable pour les mères dont le nourrisson est atteint d'un déficit sensoriel (cécité, surdité). (41)

B. Les hormones

Nous nous sommes également interrogée sur l'existence d'une «communication hormonale» entre la mère et le bébé. Plusieurs études ont cherché à évaluer ce type de communication qui existe in utero et qui concerne dans la plupart des cas l'axe hypothalamo-hypophysaire. Le stress durant la grossesse aurait un impact sur le développement du bébé ainsi que sur le déroulement de celle-ci (retard de croissance intra-utérin, prématurité, petit poids de naissance...). Il semblerait qu'un lien existe également entre le stress maternel et l'apparition de troubles cognitifs, de troubles du comportement et des émotions chez les bébés. Le cortisol, notamment, aurait une influence importante sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. L'effet de l'ocytocine est aussi étudié chez les rats: cette hormone améliorerait les compétences sociales des bébés rats perturbés par le stress maternel. (42)

Ces études en sont néanmoins à leurs débuts et même si certains effets ont été démontrés chez les animaux, il faut encore les étudier et les confirmer chez l'être humain.

C. Mamanais et prosodie maternelle

Dès la vie fœtale, le bébé perçoit des sons provenant de sa mère. Ces sons sont à la fois internes, issus du corps de la mère, et externes. Les sons internes correspondent aux bruits réguliers du cœur, de la respiration et aux bruits irréguliers provenant du système digestif ou de la voix de la mère transmise par le corps. Les sons externes sont variés, irréguliers et incluent également la voix de la mère. L'ensemble de ces sons passe à travers le liquide amniotique, pour parvenir jusqu'au fœtus. (13)

Le «**mamanais**» est la langue qu'utilisent les mamans pour communiquer avec leur bébé après la naissance. Il a notamment été étudié, par *Fernald*, dans plusieurs pays, dans différentes langues (mandarin, anglais, allemand...) et dans différentes cultures. Les psycholinguistes se sont aperçus qu'il existait des caractéristiques communes, formelles et sonores lorsqu'un adulte s'adresse à un bébé:

- Les personnes qui s'adressent à un bébé placent leur voix, de manière inconsciente, une octave plus haut par rapport à une communication avec un adulte.
- Le rythme est plus lent, il existe une simplification syntaxique et lexicale. A l'analyse spectrale, des pics prosodiques sont observés à la fin de chaque énoncé. (22) (41)

Il est donc intéressant d'observer que le **mamanais** est un mode de communication universel.

Pour rappel, la **prosodie** désigne l'étude de l'accent, du ton, des syllabes, des jointures, de la mélodie, de l'intonation, du débit, du rythme...de la langue. Il s'agit donc d'un champ d'étude très étendu. La prosodie est composée de trois paramètres acoustiques principaux: la mélodie, la durée et l'intensité ainsi que de l'interaction de ces éléments. Comme nous l'avons évoqué, la prosodie appartient à la communication analogique et permet de transmettre les émotions de manière globale. (13) (6)

Stern s'est notamment attaché à décrire la **prosodie maternelle**. Les sons que la mère utilise sont plus courts et les pauses silencieuses plus longues que dans le langage ordinaire. Le rythme est régulier, et adapté à celui du bébé. La mère va parler en allongeant les voyelles, avec un timbre de voix plus aigu et une intonation exagérée. Elle emploie aussi moins de syllabes dans les phrases. Ces caractéristiques sonores sont uniquement retrouvées lorsqu'un adulte exprime deux affects en même temps: la surprise (émerveillement de la rencontre) et la joie (lors de retrouvailles par exemple). Ce sont donc les sentiments de plaisir et de surprise qui vont permettre à la mère de produire une prosodie de *mamanais* dès la naissance. Ces deux sentiments engendrent respectivement le versant ascendant et le versant descendant du pic prosodique. Les bébés semblent plus attentifs aux sons ascendants et aux intonations d'approbation car leur attention est ainsi maintenue plus longtemps. (22) (41) (25)

A partir de quatre mois, la mère va répéter les mots plus souvent et introduire des variations prosodiques rythmiques importantes afin de maintenir le bébé attentif à la communication. Ces variations vont également permettre au bébé de discriminer progressivement les différents

sons de la langue. Les bébés sont également d'avantage intéressés par la mimique et les expressions faciales de la mère. Vers cet âge, le bébé et sa mère vont le plus souvent vocaliser simultanément plutôt qu'alternativement. (25) (43) La mère va également interpréter les productions sonores du bébé: «pa pa pa» va être reconnu comme «papa» et elle va lui donner sens «il veut son papa». (22)

Après 6 mois, le contenu du discours de la mère va évoluer: elle va désigner les objets qui les entourent et communiquer à leur propos. L'enfant pourra alors explorer son environnement, soutenu par le discours de sa mère. Lors de jeux avec les bébés, *Stern* a observé que les mères continuaient de répéter une phrase deux ou trois fois. Enfin, la durée moyenne des vocalisations des mères va augmenter avec l'âge du bébé. (25) (36)

En plus d'être universelle, la prosodie maternelle semble donc s'adapter de manière remarquable aux capacités sensorielles, motrices et cognitives des bébés. Ces variations dans la prosodie semblent se faire de manière intuitive chez les mères.

Trois fonctions sont attribuées au discours des parents adressé à leur bébé (41):

- l'engagement de l'attention
- la communication des émotions et des sentiments qui favorise les interactions sociales
- l'enseignement du langage

Un échange avec des prosodies laisse une trace mnésique chez le bébé. Il se la remémorera lors d'une nouvelle interaction. Progressivement, il est donc capable d'intérioriser ces moments et il pourra réutiliser ses apprentissages pour communiquer. (43)

Laznik, dans son article «La prosodie avec les bébés à risque d'autisme: clinique et recherche» remplace le terme de **mamanais** par le terme de **parentais** car les pères sont également capables de produire les mêmes caractéristiques prosodiques.

Le **parentais** va provoquer chez le bébé une réaction d'attention qui va permettre d'initier un échange communicationnel entre le bébé et ses parents. Les réactions du bébé (sonores, gestes, mimiques) provoquent des variations de courbe dans les prosodies de la mère et ont tendance à les soutenir. Lorsqu'un bébé réagit peu, la prosodie maternelle va être plus pauvre: le rythme va être plus lent, les pics de variations de la fréquence moindres, et le temps entre deux prosodies va diminuer. Le bébé aura tendance à ne pas répondre à ce type de prosodie. Or, il est important de soutenir les parents dans cette interaction, car il a été montré que des

pics prosodiques appartenant au *parentais* pouvaient induire une réponse chez des enfants qui ont été diagnostiqués autistes ultérieurement. Le nourrisson va également être sensible à la prosodie associée à l'image du visage des parents (perception multimodale). (43) Ces observations sont donc des pistes pour prendre en charge de manière précoce les troubles autistiques chez le bébé.

Ces recherches montrent aussi que la qualité des prosodies est un marqueur de la qualité des interactions parents-nourrisson. (43)

Le *parentais*, permet donc aux parents de communiquer leurs émotions et leurs sentiments à leur bébé de manière essentiellement analogique. Même si le nourrisson semble plus intéressé par la forme du discours et les sentiments véhiculés que par l'aspect lexicosémantique du langage, le «parler-bébé» permettrait néanmoins aux nourrissons d'acquérir progressivement les caractéristiques du langage.(41)

Ainsi dès la grossesse un ensemble de processus psychiques et corporels vont se mettre en place pour faciliter la communication des parents avec leur enfant.

CAPACITES CORPOROPSYCHIQUES DU NOURRISSON

Afin de comprendre comment le nourrisson est capable de communiquer avec son corps, nous évoquerons d'abord ses capacités corporelles (sensorielles, motrices, cognitives, mnésiques, et sociales) ainsi que son développement sensorimoteur. Nous aborderons ensuite les capacités psychiques du bébé. Enfin, nous étudierons comment le nourrisson est capable d'intégrer et de réguler psychiquement les informations fournies par son environnement.

Nous avons opté pour cette façon d'aborder la question car elle a l'avantage de classifier les différentes données mais elle induit une dichotomie entre corps et esprit chez le nourrisson qui ne correspond pas à la réalité. Il ne faut pas oublier que nous sommes face à un système dynamique en construction, où les différents éléments s'influencent mutuellement en permanence.

I. Les capacités corporelles

A. Capacités sensorielles

L'idée que le nouveau-né n'était pas en capacité de ressentir physiquement et psychiquement les perceptions sensorielles à la naissance, était encore présente il y a quelques dizaines d'années. Or, nous savons aujourd'hui, que les capacités sensorielles du bébé sont déjà très développées à la naissance. Les différentes modalités sensorielles vont commencer à se développer in utero et dans le même ordre que l'ensemble des vertébrés: le toucher, l'olfaction, la gustation, l'audition puis la vision.

1. Le toucher

Le toucher est donc le premier sens à se développer in utero. A partir du 3^{ème} mois de grossesse, le toucher, principalement au niveau du ventre maternel, peut provoquer chez le fœtus un réflexe de foussement ou de succion. La peau du fœtus est également sensible aux sons et notamment à la voix maternelle qui traverse le liquide amniotique. (18)

Après la naissance, la bouche puis les mains vont permettre au nourrisson de découvrir son environnement. L'exploration orale va progressivement augmenter jusqu'à l'âge de 7 mois puis décliner vers la fin de la première année.

Grâce à un mouvement «d'enveloppement» dans ses mains, un nourrisson est capable de différencier de petits objets par la forme ou la texture. A 5 mois, le début de la coordination vision-préhension et le maintien de la position assise, permettent au bébé une exploration manuelle plus efficace. Vers l'âge de 8 mois, il est capable de percevoir toutes les capacités tactiles d'un objet.

2. L'olfaction

Comme pour le goût, le système olfactif est opérationnel à partir de la vingt-cinquième semaine in utero. Dès les premiers jours de vie, le nourrisson a les capacités olfactives d'un adulte et est très sensible aux odeurs avec une préférence pour les odeurs fruitées. Il est aussi capable d'apprendre une nouvelle odeur et de la reconnaître le lendemain en la différenciant d'une odeur non familière.(44) *Schaal* a démontré que le nourrisson était capable de distinguer de manière préférentielle l'odeur de sa mère. Lorsqu'un coussinet d'allaitement humidifié par le lait maternel est placé sur le côté droit de l'oreiller d'un bébé de plusieurs jours et qu'un second coussinet humidifié avec le lait d'une autre mère est placé à gauche, l'enfant va tourner la tête vers la droite. Si on inverse le sens des coussinets, il tournera à nouveau sa tête vers celui ayant l'odeur de sa mère. (45) Le nourrisson est donc capable de discriminer les odeurs. Notons que la même expérience a été réalisée avec des cotons imprégnés de l'odeur du bébé: les mères tournent la tête vers l'odeur de leur bébé dès son quatrième jour de vie. (15)

3. La gustation

Le système gustatif est opérationnel à partir de la vingt-cinquième semaine de vie in utero. Le fœtus expérimente la gustation en avalant et inhalant le liquide amniotique qui contient des acides et des arômes provenant de l'alimentation maternelle.(44)

A la naissance, le bébé distingue quatre saveurs: salée, acide, amère et sucrée. Il a une attirance pour le sucré dès les premières heures de sa vie. Notons que cette préférence pour le sucré pourrait avoir un caractère adaptatif au lait maternel sucré. A la présentation de goûts amer ou acide, le nourrisson présente des mimiques de dégoût. La saveur salée commence à être appréciée entre l'âge de 3 et 6 mois. (46)

Au moment de la diversification alimentaire vers 4-6 mois, l'introduction d'aliments solides va permettre au nourrisson de découvrir une nouvelle gamme de saveurs.

4. L'audition

Déjà in utero le fœtus peut entendre des bruits provenant du ventre de la mère (battements cardiaques, respiration, estomac...) mais aussi des bruits extérieurs variés, car s'ils sont supérieurs à 60dB, ceux-ci ne sont pas masqués par les bruits de fond du milieu intra-utérin. La voix maternelle est quant à elle transmise à la fois par la voix aérienne, et par les tissus et les os. Les caractéristiques prosodiques de la voix maternelle sont également perçues par le fœtus. (47)

Le nourrisson a une attirance préférentielle pour la voix de sa mère et est donc capable de différencier les émetteurs. Pour démontrer cette affirmation, *Stern*, dans *Journal d'un bébé* nous explique qu': «On peut relier (une) tétine à puce à deux magnétophones, l'un contenant un enregistrement de la mère, le second la voix d'une autre femme prononçant les mêmes mots. Dans ce dispositif, l'enfant tête afin d'écouter plus longuement la voix de sa propre mère, indiquant ainsi qu'il la reconnaît.» (45)

Mehler et ses collaborateurs ont montré que des bébés de quatre jours pouvaient distinguer le russe du français et avaient une préférence pour ce dernier, leur langue maternelle. C'est en s'appuyant sur les indices prosodiques de la langue que cette différenciation est possible. (48) Ils ont également démontré que le nourrisson était capable de discriminer des sons tels que «pa» et «ba» dès le premier mois de vie. (32)(48)

D'autres études ont démontré que le bébé pouvait discriminer le rythme si l'intonation était neutralisée alors que la réciproque n'a pas été observée. Cependant il existe une nette amélioration de la discrimination lorsque le rythme et l'intonation sont conservés. (48)

Dans les 6 premiers mois, le nourrisson sera capable de repérer la prosodie dans les paroles (partie non segmentaire de la langue). Après cet âge, il pourra repérer les traits segmentaux. (48)

A la naissance, le bébé est également capable de situer un son dans l'espace: il va tourner la tête vers la source auditive. Il semble ensuite perdre cette capacité vers 6-8 semaines (inhibition des structures sous-corticales avant un relais par les structures corticales) pour la retrouver vers 3-4 mois. A cet âge, il est capable de rechercher l'objet visuellement.

Après 6 mois, même placé dans le noir, un bébé va être capable de repérer dans l'espace le bruit provenant d'un objet mais uniquement s'il est à portée de lui. (8)

5. La vision

Nous remarquerons d'abord l'importance donnée à la vision par rapport aux autres sens dans la littérature. En effet, «le recensement des publications d'une revue scientifique comme «Perception» montre qu'environ 90% sont consacrés à la vision, et presque tout le reste à l'audition (..)». (49)

Or, il s'agit du sens qui se met en place le plus tardivement puisqu'il est le seul à se mettre en œuvre après la naissance. Même si la vision est présente dès la naissance, elle est limitée: le champ visuel, de forme ovale, est plus étroit que celui d'un adulte. Chez le nouveau-né, l'acuité visuelle est faible et il n'est pas capable d'accommoder. Pour lui, la distance optimale se situe entre 20 et 30 cm. Après 2 mois, l'accommodation est fonctionnelle et vers l'âge d'un an, il atteindra une acuité visuelle presque identique à celle de l'adulte. Le nouveau-né distingue les couleurs principales (rouge, bleu, vert et jaune) si celles-ci se trouvent sur une zone suffisamment large et lumineuse. Il est principalement attiré par les contrastes et va fixer la zone qui délimite ces deux zones de contrastes. A partir de 4 mois, il aura une vision des couleurs proche de celle d'un adulte. Le nouveau-né est également sensible aux mouvements: dès la naissance le bébé peut suivre par le regard une cible adéquate et donc orienter son regard. (25) (50) Le bébé a une capacité de poursuite visuelle de 180 degrés. (14)

Stern, a proposé l'expérience suivante pour évaluer les capacités de discrimination visuelle chez le bébé: une tétine munie d'une puce électronique est placée dans la bouche de celui-ci. Cette tétine est reliée à un système de projection de diapositives et le bébé doit être en capacité de voir la projection. A partir de trois mois, le bébé va apprendre rapidement que pour faire apparaître une nouvelle photo, il lui suffit de téter, alors que pour pouvoir en observer une, il doit stopper sa succion. (45)

Plus l'image est observée, plus elle est supposée présenter un intérêt pour le bébé. Le nourrisson est donc capable d'adapter sa succion en fonction de son attrait pour les images.

D'autres expériences ont montré que le nouveau-né est capable de distinguer différentes formes géométriques et a une attention préférentielle pour certaines. Parmi les modèles, les nouveau-nés ont nettement préféré le modèle se rapprochant le plus du visage humain. Cette étude démontre que le nourrisson aurait de manière innée, une attirance pour le visage humain et cette attirance aurait pour but de faciliter la communication avec l'adulte. (32)

B. Capacités motrices

1. Les réflexes archaïques

Nous évoquerons les réflexes du nourrisson car ils interviennent dans les interactions et la communication entre le bébé et ses parents. En effet, même s'il s'agit de réponses réflexes du nourrisson, les parents vont leur donner une signification symbolique dans de nombreuses situations.

Ces réflexes sont présents durant les quelques premières semaines de vie puis vont disparaître. La persistance de ces réflexes devient alors pathologique.

- ***Le réflexe de succion***: il est déclenché par le contact avec la langue. Il entre en jeu au moment de la tétée (sujet abordé ultérieurement).

- ***Le réflexe des points cardinaux***: A la stimulation de la région péribuccale, le nourrisson fera un mouvement d'orientation vers celle-ci.

Les réflexes de succion et des points cardinaux participent à la mise en place de la tétée, qui comme nous le reverrons permet le mantèlement des sensations corporelles et l'accès à l'intersubjectivité.

- **Le réflexe de grasping /préhension:** La stimulation de la paume de la main, provoque une flexion des doigts qui vont venir agripper le doigt de la personne qui le stimule.

L'agrippement aux objets permet au bébé de lutter contre les angoisses de chutes ce que Bullinger développe notamment dans l'espace de pesanteur. (43) L'agrippement pathologique (persistance du réflexe de grasping après quelques mois) peut survenir lors des angoisses de chutes dans les troubles autistiques. Il serait la continuation pathologique de ce réflexe, comme défense contre ces angoisses (51) (52)

Le réflexe de préhension participe également à l'interaction protosymbolique: lorsque le bébé serre sa main sur un doigt d'un de ses parents pour la première fois, celui-ci se sent d'avantage investi dans ses fonctions.

- **Le réflexe de Moro:** l'examineur va soulever le bébé de la table d'examen par les deux mains puis va les lâcher ce qui va provoquer chez le bébé un mouvement d'extension et d'abduction des bras. Il ouvre ensuite ses mains et pousse un cri.

Pour A. Szanto, le réflexe de Moro serait une manière pour le bébé de rechercher le contact maximal au niveau dorsal (recherche de la contenance rassurante de l'utérus) pour lutter contre les angoisses de chute. Le geste d'embrassement qui lui succède serait une manière pour le bébé de se cramponner dans un second temps. (53) L'étreinte fait d'ailleurs partie des conduites d'attachement.

- **Le réflexe de la marche automatique:** lorsque l'on place un nourrisson en position verticale, les pieds en contact avec un plan dur, il va avoir un mouvement d'extension des membres inférieurs qui correspond au réflexe de redressement qui est suivi par le réflexe de la marche automatique (flexion d'une jambe et extension de la jambe controlatérale puis inversement)

Ce réflexe est souvent perçu par les parents comme une capacité d'autonomie du bébé.

2. La motricité libérée

Pour *Grenier*, à sa naissance, le bébé est parasité par des mouvements réflexes et stéréotypés. Or, dès le dixième jour de vie, lorsque le bébé est soutenu fermement au niveau de la nuque, *Grenier* a démontré qu'il était capable d'avoir une attention visuelle plus importante et donc d'avoir une préhension plus fine, et que les mouvements parasites ainsi que la motricité réflexe étaient suspendus. C'est ce qu'il dénomme «motricité libérée». Grâce à celle-ci, le bébé est ainsi capable d'ajuster ses mouvements corporels à ce qu'il perçoit. (28)
(54)

3. Développement psychomoteur

Lézine a proposé un tableau récapitulatif des différentes acquisitions psychomotrices du bébé selon son âge. Il nous semble important de préciser que les âges d'apparition de ces acquisitions varient de manière importante entre chaque nourrisson. Ce tableau est une référence pour aider l'observateur à évaluer les capacités psychomotrices de l'enfant. (32)

Ce tableau du développement psychomoteur d'après *Lézine* figure dans *Premiers apprentissages-Premiers problèmes*, 1974. (32)

Tableau 2: Tableau de développement psychomoteur selon Lezine

	Statique et motricité	Adaptation-coordination	Jeux	Alimentation-Toilette
4 mois	Allongé sur le dos, sur le côté, sur le ventre.	Se redresse et s'appuie sur les mains, une fois mis sur le ventre ; préhension raide.	Secoue son hochet d'un mouvement brusque.	Pose parfois la main sur son biberon, le reconnaît depuis le troisième mois.
6 mois	Station dans le parc, début de reptation par glissement.	Pédalage varié ; s'arc-boute fortement ; tient assis avec soutien ; préhension palmaire.	Attrape ses pieds, commence à attraper des objets éloignés.	Boit à la tasse en tétant le bord.
8 mois	Tient longtemps assis dans la chaise haute et dans le parc.	Se soulève pour s'asseoir ; fait le tonneau complet ; préhension active du pouce.	Joue à jeter les objets à terre et à les taper l'un contre l'autre.	Mange à la cuillère des purées et aliments plus solides.
10 mois	Debout dans son parc.	Debout avec appui, déplace un pied ; préhension.	Joue à coucou, met un objet dans une boîte.	Bois à la tasse ou à la timbale si on la lui soutient.
14-15 mois	Se précipite en avant pour marcher.	Explore en tous sens.	Joue à remplir et vider ; commence à emboîter.	Boit seul, commence à manger seul quelques cuillerées.
18 mois	Court sur la pointe des pieds.	Monte un escalier, main tenue ; pousse du pied un objet.	Aime les jouets à pousser et tirer, s'intéresse aux images.	Demande son pot dans la journée, peut remettre certains objets à leur place.
24 mois	Toujours en mouvement, recherche d'équilibre.	Monte et descend l'escalier.	Jeux d'imitation des activités de l'adulte.	Commence à ôter ses chaussures.

Brunet et Lézine ont également élaboré à partir de leurs observations une échelle qui permet d'évaluer le développement psychomoteur selon l'âge de l'enfant. L'échelle de Brunet-Lézine est le test de développement psychomoteur le plus utilisé en France. Cette échelle permet de coter les domaines suivants: moteur, verbal, comportement par rapport à un objet et relations interpersonnelles. Des questions posées aux parents viendront compléter

l'observation directe du bébé. Les épreuves seront proposées en fonction de l'âge de l'enfant et vont permettre d'établir un quotient de développement global pour les enfants de 0 à 30 mois. Cette cotation présuppose que le développement va se faire dans le même ordre chez tous les individus, seul le moment d'apparition pouvant varier. Le stade de développement d'un enfant est comparé à la moyenne de développement des enfants, il correspondra alors soit à un stade plus avancé, soit en retard ou identique par rapport à la moyenne. (32) (55)

C. Capacités cognitives

Piaget (1896-1980) après des études de zoologie, s'intéresse à la psychologie et au processus de raisonnement. Père de trois enfants, il va ensuite étudier les premières manifestations de l'intelligence grâce à de nombreuses observations cliniques. Professeur de psychologie, de sociologie et de philosophie en Suisse, ses recherches ont concerné de nombreux autres domaines. (56)

Dans *La naissance de l'intelligence* (1936), *Piaget* décrit six domaines de l'activité cognitive (Schèmes opératifs, la notion d'objet, l'imitation, la notion de temps, d'espace et de causalité) qui se développent plus ou moins de manière parallèle. Nous n'aborderons que le début du premier stade, celui du stade sensori-moteur qui correspond à une période allant de la naissance à 2 ans. L'intelligence sensori-motrice est surtout constituée de perceptions et d'actions (tonus, mouvements). Le langage n'étant pas acquis, le symbolique n'est pas évoqué.(56)

Piaget, décrit la construction progressive de l'intelligence sensorimotrice en six sous-stades:

- ***Sous stade I (0 à 1 mois): Stade de l'exercice réflexe.***

Il existe chez le nourrisson des réflexes innés, comme le réflexe de succion, qui lui permettent de répondre aux stimulations de l'environnement. Ces réflexes conduisent à l'apparition de *schèmes moteurs*. Pour *Piaget*, un schème correspond à la structure et à l'organisation d'une action. Il existe deux mécanismes qui vont entraîner une complexification de ces schèmes réflexes:

- *l'assimilation* qui est l'application d'un schème préexistant à un nouvel objet, sans modifier ce schème

- *l'accommodation* qui correspond à la modification que l'individu va apporter à un schème préexistant lorsque celui-ci ne s'adapte pas à un nouvel objet. (32)

- ***Sous stade II (1-4 mois et demi): Stade des réactions circulaires primaires***

Il correspond aux premières adaptations acquises. Lorsque le nourrisson produit avec son corps une action qui entraîne chez lui un sentiment de satisfaction, il va chercher à la reproduire (réactions circulaires). On qualifie cette réaction de primaire, lorsque le bébé va chercher à reproduire cette action en utilisant son propre corps. Ex: activité de succion du sein reproduite en utilisant son pouce. (32)

- ***Sous stade III (4 mois et demi-8/9 mois): Stade des réactions circulaires secondaires***

Les activités sensorimotrices du bébé vont s'ouvrir vers l'extérieur. La coordination oculo-manuelle et la préhension se mettant en place, le bébé va chercher à utiliser un objet dans ses actions (réactions circulaires secondaires). Le bébé perçoit également l'existence d'une relation entre ses mouvements et l'effet produit. Ce stade correspond au début de la permanence de l'objet. (32)

Les stades suivants apparaissant après 6 mois, nous ne ferons que les citer: (32)

- **Sous stade IV (8/9 mois à 11/12 mois):** Coordination des schèmes secondaires et application à de nouvelles situations. Par ses actions, le bébé cherche à atteindre un «but».

- **Sous stade V (12-18 mois):** Réactions circulaires tertiaires et découverte de nouveaux moyens par expérimentation active.

- **Sous stade VI (18-24 mois):** Combinaison mentale des schèmes et invention de nouveaux moyens.

Pour *Piaget*, le développement de l'intelligence correspond à une *adaptation* biologique de l'humain à son milieu. Pour lui, l'intelligence va se construire à partir d'expériences selon une trajectoire définie. Pour *Piaget*, la pensée naît de l'action. (56)

Depuis les travaux de *Piaget*, d'autres études ont montré qu'une chronologie différente existait. Prenons l'exemple de la représentation mentale des objets, qui chez *Piaget* n'apparaît qu'au sixième stade soit vers l'âge de 18 à 24 mois. Nous verrons grâce aux expériences de *Meltzoff* notamment, que le nourrisson a des représentations mentales plus précoces.

Pour *Piaget*, c'est le développement des cognitions d'objets qui va permettre le développement de la cognition sociale.(41) Cette théorie sera contestée par *Trevarthen* pour qui le nourrisson a une cognition sociale innée.

Le développement cognitif repose sur les expériences faites par l'enfant avec les objets, mais également sur ses capacités innées ainsi que sur la communication, l'interaction et les échanges affectifs avec son entourage. (8)

Piaget aura aussi été l'un des premiers à étudier la communication chez l'enfant. Pour lui, l'enfant utilise les fonctions de communication à un niveau inférieur en comparaison à l'adulte. Il serait difficile à l'enfant de prendre de la distance en tant qu'émetteur et le langage ne contiendrait donc pas toutes les informations nécessaires à la compréhension. C'est seulement vers 6-7 ans que l'enfant atteindra des capacités de communication proches de l'adulte. Pour *Piaget* la communication et le langage se développent à partir du développement intellectuel. (8)

Nous pensons au contraire que la communication analogique est présente d'emblée chez le nourrisson et qu'elle va s'enrichir par une communication intersubjective à partir de 7-9mois.

D. Capacités mnésiques

Plusieurs études ont cherché à évaluer les capacités mnésiques du nourrisson dès la période fœtale. Le nouveau-né de 3 jours est capable de différencier l'odeur du liquide amniotique dans lequel il a baigné par rapport à une odeur témoin. Il a également été démontré que des bébés dont la mère avait consommé certains aliments durant la grossesse comme l'anis ou la carotte, avaient une préférence pour l'odeur de ces aliments. Le fœtus aurait donc déjà la capacité de mémoriser des données du milieu prénatal. (47)

Les études sur la reconnaissance de la voix ou de la prosodie maternelle par le nouveau-né contribuent à prouver l'existence de capacités mnésiques fœtales. (47)

Le nouveau-né aurait donc la capacité de mémoriser des informations sensorielles.

Il aurait également une mémoire motrice qui lui permettrait d'exécuter des actions de manière différée (plusieurs heures après) mais ce type de mémoire nécessiterait une contextualisation systématique. (14)

Il a été prouvé que le nourrisson possède aussi une mémoire de reconnaissance qui va lui permettre de traiter des informations différentes. Ultérieurement, cette mémoire de reconnaissance va s'intégrer à la mémoire épisodique (stockage des informations perçues dans leur contexte) et à la mémoire sémantique (mise en mémoire des liens entre les mots, les pensées. Elle permet les apprentissages). (14)

Il nous est cependant difficile d'évaluer dans quelle mesure, ces capacités mnésiques permettent au nourrisson de rentrer en communication avec son entourage.

E. Capacités sociales:

Les capacités de communication sociale vont s'appuyer sur l'existence des neurones miroirs et sur la capacité d'imitation du nourrisson. Nous verrons comment la communication est possible par l'imitation.

Cette communication sociale va également se développer à partir des précurseurs du langage du bébé.

1. Les neurones miroirs

Dans les années 1990, *Rizzolati et son équipe* ont découvert le fonctionnement des neurones miroirs.

Les *neurones miroirs* correspondent à une catégorie de neurones qui s'activent lorsqu'une personne exécute une action ou lorsqu'elle observe une autre personne en train de réaliser cette même action. Chaque neurone ne répondra cependant qu'à un seul type d'action et peu ou pas à un autre geste. (57) (58) Le système des neurones miroirs se localiserait au niveau de la partie postérieure du gyrus frontal inférieur (l'aire de Broca), dans le cortex pariétal inférieur (aire 40 de Brodmann) et dans la portion inférieure du gyrus précentral. Une partie du cortex visuel primaire, du cervelet, du système limbique serait également impliquée dans l'activité miroir lorsque les actions ne sont pas motrices mais concernent l'audition, les activités somato-sensorielles ou l'affectif. (57)

Les neurones miroirs participent à la reconnaissance du regard, de l'interprétation de ce regard et des visages ainsi qu'au décodage des émotions, des intentions et à l'empathie. En effet, les mêmes zones cérébrales sont activées lorsque nous regardons une personne éprouver

une émotion que lorsque nous éprouvons nous-mêmes cette émotion. Ils déclenchent aussi les réactions physiologiques de la peur lorsqu'un danger apparaît. (41) (56) (57) (59)

Les neurones miroirs jouent également un rôle essentiel dans les capacités d'imitation: ils vont permettre de coder une action motrice observée en une «image motrice», ce qui va permettre la reproduction de cette action. Il est important de souligner qu'un système inhibiteur va permettre au bébé de ne pas imiter en permanence. (41) (56) (57) (59)

Pour *Rizzolatti*, le système des neurones miroirs a deux niveaux de résonance (59):

- un bas niveau de résonance: qui sera exprimé par les centres codant le mouvement.
- un haut niveau de résonance: qui sera exprimé par les centres codant les actions.

Les mêmes neurones seraient ainsi capables de fonctionner à deux niveaux différents. Le passage au deuxième niveau de résonance se ferait vers l'âge de 6-8 mois.

En permettant de percevoir et de comprendre les interactions sociales et d'y participer grâce à l'imitation, les neurones miroirs jouent donc un rôle important dans le développement de la communication sociale (56)

2. Capacité d'imitation

Dès les premiers jours de vie, le nourrisson a des **capacités d'imitation**. Il peut imiter un adulte lorsque celui-ci tire la langue, ouvre la bouche ou les yeux, gonfle les joues ou ouvre/ferme sa main. Il existerait donc chez lui un schéma corporel simplifié inné. Ces actions se différencient des expressions spontanées normales comme le sourire, la fixité du regard ou les pleurs car elles font l'objet d'un apprentissage. Cette capacité d'imitation joue un rôle dans les premiers moments de communication avec l'adulte. En effet, l'adulte va répondre à cette imitation par des mots ou d'autres gestes, amorçant ainsi cette communication.

Vers l'âge de 4 mois cette capacité d'imitation, sans disparaître, sera moins observable chez le nourrisson. Il utilisera alors un autre moyen pour communiquer: le sourire. (41) (32) (60)

L'imitation suivra les capacités psychomotrices du bébé:

- A 2 mois: imitation des mouvements de bras, de poignet, des mains et de la tête.
- Après 6 mois: imitation d'actions impliquant un objet.

- Entre 9 et 12 mois: imitation des actions qui nécessitent la compréhension des intentions de la personne imitée. (61) Ce type d'imitation est rendu possible par l'accès à l'intersubjectivité secondaire.

Il est probable que le système de *neurones miroirs* sous-cortical soit impliqué dans les imitations d'expression directes et arbitraires que le bébé peut produire durant la première année. Le passage au deuxième niveau de résonance des neurones miroirs entre 6 et 8 mois, permettrait au bébé de commencer à imiter les actions impliquant des objets. (41) (59)

Il semblerait également que les neurones miroirs soient moins activés dans des pathologies comme les troubles de la sphère autistique mais pour *Nadel*, les enfants autistes sont bien capables d'imitations directes. (57)(59)

Une des caractéristiques des imitations est qu'elles sont *transmodales*: à 3 mois le bébé reproduira le rythme produit par les yeux et la bouche de l'adulte en utilisant ses mains et son visage. (62)

Pour *Meltzoff*, l'imitation va permettre au bébé de vérifier ses connaissances innées en expérimentant «la synchronie entre ce qu'il voit (les gestes de son partenaire) et ce qu'il fait (ses propres gestes)». Le bébé va pouvoir mettre en correspondance ses gestes et ses ressentis avec les gestes de ses parents qu'il peut observer. Il y a donc également une *synchronisation transmodale* (kinesthésique pour les gestes du bébé et visuelle pour ses parents). (63)

Gergely et Watson ont travaillé sur *l'imitation du bébé par les parents*. Ils ont développé le modèle de «*biofeedback*» social. Les parents vont avoir tendance à imiter leur enfant de manière exagérée et pas tout à fait synchrones. *Gergely et Watson* ont émis l'hypothèse que les expressions imitées par les parents jouent un rôle de biofeedback en provoquant chez le bébé une prise de conscience de ses états émotionnels, jusque-là inconscients. En prenant conscience de ses émotions, le bébé pourrait ainsi mieux les réguler. (63)

En étant imité, le bébé prend aussi progressivement conscience de son corps. En effet, il va percevoir ses propres actions comme dans un miroir. Il va ainsi s'approprier de nouveaux **schèmes sensori-moteurs** par imitation. (52)

Pour *Stern*, il ne s'agit pas seulement pour la mère d'imiter l'action ou le comportement du bébé mais aussi d'imiter *l'émotion*. Pour que le nourrisson puisse percevoir que son parent l'imité, plusieurs conditions sont nécessaires: le parent doit être capable de lire l'émotion du

nourrisson, il doit être capable de l'imiter et enfin le bébé doit être capable de percevoir que le comportement de son parent correspond à l'imitation de son propre état émotionnel.

La mère va ensuite apporter des variations dans ses imitations monomodales puis transmodales afin de stimuler d'avantage le bébé. (64)

Pour *Nadel*, l'imitation directe est importante car elle favorise le partage d'une expérience émotionnelle commune entre le bébé et ses parents. Le nourrisson va **adapter ses imitations** en fonction des émotions de ses parents c'est-à-dire de l'approbation ou non de cette imitation.(41)

L'imitation des mimiques des adultes serait également une manière pour le bébé de s'**identifier** à ses parents. La réciproque est également vraie, les imitations de leur bébé permettraient aux parents de s'identifier à lui. (52)

Meltzoff émet l'hypothèse que lorsque le bébé imite, il va faire l'expérience d'une **intentionnalité** et attribuer à son parent cette intentionnalité. (60) Pour lui, l'imitation permet également au nourrisson de montrer son attachement à la personne imitée. (41)

Emese Nagy a montré que les nouveau-nés de 2 heures à 2 jours étaient capables d'imiter un autre, mais qu'ils étaient également capables de reproduire certains mouvements imités préalablement, pour **relancer une interaction**. Certains ont alors évoqué la possibilité d'une imitation différée. Mais dans cette étude, *Emese Nagy* a aussi enregistré la fréquence cardiaque. Elle a constaté que lorsque le bébé imitait, la fréquence cardiaque était accélérée alors que lorsque c'est lui qui initiait l'interaction, dans le but de reprendre une communication, le rythme cardiaque décélérait. Cette expérience démontre que le bébé est bien capable d'**initier la communication** et surtout qu'il possède une appétence pour celle-ci. Le nourrisson est aussi capable de recommencer ses gestes d'imitation dans l'attente d'une réponse de son partenaire. (41) (65)

Les nourrissons imitent les mimiques des adultes qui se trouvent face à lui mais ils ne vont pas ou peu imiter les **objets inanimés** ou les objets reproduisant des mouvements humains comme l'ouverture de la bouche. (59) L'imitation a donc bien lieu dans un contexte social. (49) L'imitation humaine implique un partage émotionnel dans la mesure où un partenaire cherche à reproduire les émotions et les intentions de l'autre et inversement.

Les bébés sont également capables de s'adapter au **contexte** dans lequel ils se trouvent puisqu'ils vont se rappeler des personnes rencontrées et des actions d'imitations proposées pour les reproduire. A 6 semaines, le bébé peut reproduire une imitation partagée avec un adulte lorsque celui-ci sera présent le lendemain. Cette capacité faciliterait la communication analogique avec l'entourage puisqu'elle provoque une réaction immédiate de celui-ci. (49) (62) (59)

Après 6 mois, les bébés sont capables d'imiter de manière **différée** des morceaux rythmiques et des gestes de communication. Ces imitations sont réalisées dans le but de transmettre un message à son partenaire. (41)

L'imitation a donc deux fonctions adaptatives: l'apprentissage et la communication. Plus le nourrisson imite ou est imité, plus il va développer ses capacités d'imitation et donc sa capacité à communiquer. (59)

3. Précurseurs du langage

Grâce au bain linguistique dans lequel il baigne, grâce au *parentais*, au développement de l'ensemble de ses capacités sensorielles, psychiques et motrices, ainsi que de ces capacités d'imitations, le nourrisson va progressivement développer une communication digitale. Nous aborderons ici les **différentes étapes de l'acquisition du langage**:

- 0 à 2 mois: *Cris et Babillage*

Il s'agit d'un des premiers moyens de communication que le nourrisson va utiliser pour s'exprimer. En effet, à travers ses cris et ses pleurs, le bébé cherche à manifester les sensations de faim, de fatigue, de douleur, ou encore d'inconfort qu'il ressent. Ses cris vont ensuite être interprétés par ses parents, qui vont leur donner une signification et le plus souvent y apporter une réponse.

La durée et la fréquence des cris vont varier selon chaque enfant. (8)(32)

Les nourrissons pourront également utiliser des mouvements de claquement de lèvres pour communiquer. (66)

Nous reverrons comment en utilisant cris et pleurs, le nourrisson communiquera sa souffrance psychique.

- **2 à 3 mois: Gazouillis, lallations, babillage**

L'enfant va explorer les contrastes en utilisant des fréquences très graves ou très aigües et en faisant varier l'intensité (hurlements, murmures). Contrairement aux cris, les lallations ont lieu lorsque le nourrisson est dans un état d'éveil, calme et actif. Les sons produits sont variés et beaucoup plus nombreux que dans la langue maternelle. Après 6 mois, le bébé cessera d'émettre certains de ces sons, pour ne produire que ceux appartenant au bain linguistique qui l'entoure. (8) (32) (66)

- **3-4 mois: Vocalisations simultanées avec ses parents**

Les vocalisations du bébé seront initialement plus simultanées qu'alternées. Vers 28 semaines, le bébé va émettre ses premières syllabes tel que «pa» ou «ba» et va les combiner en «ba-ba» «pa-pa» vers l'âge de 32 semaines. La chaîne des syllabes sera d'abord identique puis des syllabes différentes vont se succéder. (8) (32)

- **8 mois: Jargon**

Il va imiter de manière intentionnelle des sons prononcés par ses parents et va chercher à reproduire le «contour intonatoire» des conversations c'est-à-dire lorsque la voix monte, se stabilise et redescend. Ses émissions vocales seront donc incompréhensibles mais respecteront les contours de la langue soit la partie non segmentaire du langage. (8) (32)

- **9 mois: Vocalisations alternées**

Le premier mot apparaît entre 9 et 18 mois. Au-delà, on considèrera qu'il existe un retard de langage. Autour de 18 mois, l'enfant a acquis une vingtaine de mots. (8) (32)

Après l'âge de 10 mois, le nourrisson va se «spécialiser» dans sa langue maternelle c'est-à-dire qu'il utilisera préférentiellement les caractéristiques phonétiques et acoustiques de sa langue maternelle dans la communication verbale. (48)

F. Développement psychomoteur selon Bullinger

André Bullinger, psychologue genevois, fut l'élève de *Piaget* et d'*Ajuriaguerra*. Il a principalement travaillé sur la période sensorimotrice qui va de la naissance à l'apparition du langage. Pour *Bullinger*, le bébé va progressivement intégrer les stimuli sensoriels qu'il perçoit au sein d'une représentation globale du soi. C'est à partir de cette représentation d'une image corporelle globale que vont se développer les capacités psychomotrices comme la coordination des hémicorps, l'attention, la stabilité émotionnelle ou la planification

d'activités. L'axe corporel est donc un soutien à la fois sur le plan postural mais aussi sur le plan émotionnel et représentatif. Il a synthétisé ses travaux dans un tableau des éléments développementaux sensorimoteurs. (Annexe 1). Les différentes étapes de ce développement peuvent se définir comme «une succession d'espaces emboîtés» et suivent un axe céphalocaudal. Pour *Bullinger*, le développement de l'enfant est un processus et non un état. Il n'a donc pas souhaité coter ces stades. Pour lui, l'échelle du développement sensorimoteur est surtout une aide à la compréhension du fonctionnement de l'enfant. Elle va permettre aux parents et aux soignants de s'adapter au niveau développemental de l'enfant. Il a également proposé le *bilan sensorimoteur*, qui permet d'évaluer les étapes développementales acquises chez l'enfant. (52) (67) (68) (69)

Bullinger décrit ainsi les **étapes du développement sensorimoteur**: (2) (68) (67) (70)

- *Espace utérin*: In utéro, le fœtus est en interaction avec la mère par l'intermédiaire du muscle utérin. Il a tendance à répondre à des stimuli, comme la variation de flux sensoriels, par un mouvement d'extension qui est contenu par la paroi utérine.

- Après la *naissance*, le bébé va devoir trouver un équilibre entre flexion et extension, la paroi utérine n'étant plus présente pour limiter ses mouvements. Le bébé va alors avoir tendance à se mettre en extension lors des stimulations. Il va devoir apprendre à s'alimenter de manière active et à gérer les moments de faim et de réplétion. Enfin, il découvrira les mouvements respiratoires, les cris ainsi que le tonus pneumatique (blocage de la respiration).

- *Espace pesanteur*: grâce à la coordination entre la proprioception et le vestibule, la verticalité va se mettre en place. Cette coordination est possible grâce au portage du bébé par les parents. Sans ce soutien, le bébé aurait la sensation d'être écrasé par l'effet de la pesanteur et aurait l'impression de tomber. Des angoisses de chutes peuvent apparaître. (Angoisses archaïques)

- *Espace oral* (0 à 2 mois) : le nourrisson va faire l'expérience de l'alimentation orale et donc de l'exploration et de l'incorporation. C'est également grâce à la contenance maternelle que l'enfant va pouvoir maîtriser l'espace oral. Il intégrera progressivement cette contenance.

Si la capture, c'est-à-dire la mise en bouche du sein ou de la tétine, est trop puissante, le nourrisson ne pourra pas s'ajuster et restera agrippé à l'objet. Si le nourrisson perçoit les

signaux tactiles comme irritatifs, il aura un mouvement d'hyper-extension qui désorganisera la succion. Si les signaux tactiles sont trop importants, le nourrisson pourra présenter des mouvements stéréotypiques de la langue, un mâchonnement ou une protrusion de la langue. Enfin, le nourrisson pourra explorer un objet en bouche mais ne pourra pas mastiquer ou déglutir si un défaut de coordination existe entre ces différentes fonctions. Ces désorganisations peuvent entraîner une sélection alimentaire chez l'enfant.

- **Espace du buste** (2 à 3 mois) : Avec le soutien de ses parents, le bébé va explorer l'espace avant et l'espace arrière grâce à des mouvements d'extension et de flexion. Il va apprendre à coordonner ses mouvements seul et trouver des moyens pour s'enrouler en utilisant sa musculature abdominale. Un espace d'arrière fond est ainsi créé qui va permettre au bébé d'explorer visuellement son environnement.

- **Espace du torse** (4 à 6 mois) : le nourrisson va progressivement explorer les mouvements de torsion. Il va d'abord explorer l'espace droit de manière indépendante de l'espace gauche et inversement. Progressivement, il va faire passer un objet d'un côté vers l'autre en passant systématiquement par la bouche. La voie orale est donc le lien entre les deux hémicorps. À travers ces différentes expériences, l'enfant va réunir les éléments situés dans son champ visuel droit avec le gauche et va percevoir l'environnement qui l'entoure de manière unie. Il pourra, petit à petit, se détacher de ce contact oral pour passer un objet d'un hémicorps à l'autre. L'espace oral, ainsi libéré, va pouvoir être utilisé pour communiquer et produire des sons. Le bébé prend conscience que la main qui tient et celle qui explore sont différentes. L'axe corporel va se mettre en place.

- **Espace du corps** (à partir de 7 mois) : L'enfant va découvrir qu'il est capable de fléchir son bassin pour venir explorer avec le haut, le bas de son corps. Cette exploration va lui permettre de se rendre compte que ses membres inférieurs vont pouvoir le porter dans ses mouvements (corps véhicule).

L'investissement du bas du corps va permettre au bébé de contrôler ses sphincters urétraux et anaux.

Pour *Bullinger*, initialement, le nourrisson ne peut accéder aux représentations mentales que lorsqu'il est en interaction. Il faut également que le nourrisson soit en équilibre sensorimotriciel pour lui permettre d'être attentif à ces échanges. Lorsque le mouvement cesse, il n'y a

plus de cognition. Progressivement, le bébé va stabiliser ses représentations mentales et va construire une image de son corps. Cette représentation corporelle sera d'abord partielle puis en interaction avec son environnement, en explorant l'espace et les objets qui l'entourent, le bébé accédera à une image corporelle globale. (67) (69)

Les modalités de communication du bébé se développeront en parallèle à ce développement sensori-moteur.

II. Les capacités psychiques

A. Le développement psychique précoce selon Freud

Freud (1856-1939), neurologue autrichien est le fondateur de la psychanalyse. Il va notamment étudier les stades du développement psycho-affectif et va définir la notion de pulsion. Après avoir développé la première topique où il analyse les notions de *conscient*, *pré-conscient* et *inconscient* dans *l'Interprétation des rêves* (1), il développera la deuxième topique avec le *Moi*, le *Ça* et le *Surmoi*.

Freud définit **des stades du développement psycho-affectif** selon l'ordre suivant: stade oral, stade anal (stades pré-génitaux), stade phallique, période de latence et stade génital. Nous ne développerons ici que le stade oral, les autres se déroulant au-delà de la première année.

Première année de vie, le stade oral:

Durant ce stade, la zone érogène correspond à la zone bucco-labiale, qui se trouve être au carrefour de l'appareil digestif, respiratoire et visuel. Pour *Freud*, la *pulsion* est issue d'une zone corporelle (dans ce cas la zone bucco labiale) et provoque une tension psychique. La pulsion «est le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps» (71). Le *but pulsionnel* est alors de venir satisfaire cette pulsion et d'apaiser cette tension. Le sein ou son substitut est *l'objet pulsionnel*, ce qui vient satisfaire la pulsion. A ce stade, cet objet est encore considéré comme partiel. Le bébé va *incorporer* dans son intérieur des éléments provenant de l'environnement extérieur. En incorporant l'objet, le bébé aura le sentiment de ne former qu'un avec celui-ci.

Pour *Freud*, la relation mère-bébé vient s'appuyer sur la satisfaction du besoin alimentaire, fonction physiologique vitale (*notion d'étayage de la pulsion*). L'attachement est donc pour lui secondaire. L'enfant va également découvrir que la stimulation de cette zone érogène (succion du pouce ou suçotement des lèvres) va venir provoquer un plaisir en soi, en dehors de toute satisfaction d'un besoin (*autoérotisme*). (32) (56)

Dans sa 2^{ème} topique, *Freud* va définir **des instances intrapsychiques**: le Moi, le Ça et le Surmoi. (56)(12)

- **Le Ça** est le réservoir des pulsions et de l'énergie psychique. Le Ça est régi par le principe du plaisir et il ignore les jugements de valeurs (bien/mal).
- **Le Moi** se développe à partir du Ça et des expériences de la réalité. Le Moi a différentes fonctions: la conscience, la connaissance, la mémoire et l'autoconservation. Il se construit à partir de processus identificatoires. Le Moi permet de créer une unité et de faire le lien entre les exigences du Ça et du Surmoi ainsi qu'avec la réalité extérieure. Le Moi ne correspond pas seulement aux parties préconscientes et conscientes de la première topique puisqu'il contient également des mécanismes de défenses qui sont le plus souvent inconscients.
- **Le Surmoi** tire son énergie du Ça ainsi que du Moi. Ce n'est qu'une fois le complexe d'Œdipe dépassé, que le Surmoi atteindra sa forme définitive, lorsque les interdits parentaux et la Loi seront intériorisés par identification. Freud définit trois fonctions du Surmoi: il a un rôle de censeur du Moi; il permet l'autoconservation et la formation d'un Idéal du Moi (56)

Tout au long de son œuvre, *Freud* va insister sur la primauté du Moi-corps, parlant du corps charnel et non uniquement d'un corps symbolique. Or, certains auteurs reprendront cette notion en ne tenant compte que du corps symbolique, créant ainsi un clivage entre corps et esprit. (26)

Dans «*Le Moi et le Ça*» (72), il dit que «le moi est avant tout un moi corporel, [qu'] il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface». Dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique*, 1895, *Freud* évoque les fonctions psychiques du Moi: «contenir l'excitation et entraver la circulation des quanta d'énergie qui circulent dans le psychisme». Il y décrit ainsi le Moi comme une zone frontière, une enveloppe psychique, entre un monde intérieur et un monde extérieur, permettant de filtrer les stimuli extérieurs. (73)(74) Ces travaux seront repris par des auteurs comme *Anzieu* autour du concept de Moi-peau ou *Houzel* autour du concept d'enveloppe psychique.

En 1911, *Freud* évoque le caractère *actif* des organes sensoriels, qui ne se contentent pas de recevoir passivement les informations. Pour lui, l'appareil psychique n'est capable de travailler que sur des petites quantités d'énergie. Ces petites quantités d'informations, ces sensations, sont donc prélevées de manière cyclique dans l'environnement. (13) Il pointe déjà l'aspect dynamique du fonctionnement psychique.

Pour *Freud*, «Il faut se rappeler que toutes les représentations proviennent des perceptions, qu'elles en sont des reproductions.» (75)

La pensée et le Moi se construisent ainsi à partir du corps et de la perception des sensations. Freud définit le Moi comme une première limite entre le corps et l'esprit et insiste sur le caractère dynamique du fonctionnement psychique.

Aujourd'hui, nous considérons que la naissance de la pensée et la construction du Moi se font à partir de la double expérience du vécu corporel sensoriel et de l'échange relationnel. (4)

B. L'image inconsciente du corps

Dolto (1908-1988), pédiatre et psychanalyste française a beaucoup contribué dans le champ de la psychanalyse des enfants et approfondi des notions telles que l'«image inconsciente du corps» et les «castrations symboligènes».(76)

Pour *Dolto*, le narcissisme fondamental se développe dès la vie intra-utérine et permet l'émergence du narcissisme primaire. Le **narcissisme fondamental** correspond au sentiment de continuité d'être du bébé, et s'appuie sur les éprouvés sensoriels répétés ainsi que sur les désirs parentaux.

Elle va développer la notion d'«**image inconsciente du corps**», image propre à chaque individu, car liée à l'histoire du sujet ainsi qu'à ses expériences sensorielles et relationnelles précoces. Pour *Dolto*, il est important de différencier «l'image inconsciente du corps» du «**schéma corporel**», commun à l'ensemble des individus. Le schéma corporel est en partie conscient, préconscient et inconscient alors que l'image du corps est totalement inconsciente. *Dolto* définit l'image du corps comme la «synthèse vivante de nos expériences émotionnelles».(76)

Pour *Dolto*, c'est grâce à l'image inconsciente du corps soutenue par le schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec les autres. «Les mots, pour prendre sens, doivent d'abord prendre corps, être du moins métabolisés dans une image du corps relationnelle» (76)

L'image inconsciente du corps se construit à partir de trois éléments:

- **L'«image de base»** qui se forme à partir du sentiment de continuité spatiotemporelle et qui évoluera tout au long de la vie. Cette notion peut se rapprocher du *sentiment continu d'exister* de *Winnicott*. Elle suivra les étapes suivantes, sachant que chaque nouvelle étape inclura les étapes précédentes:

- *Image de base aérienne*: Après la naissance, le nourrisson va respirer, sentir et écouter. Elle implique le cavum et le thorax au niveau du schéma corporel.

- *Image de base orale*: Elle inclut la zone orale. Les éléments suivants sont concernés sur le schéma corporel: cavum, thorax, ventre (sensation plein/vide).

- *Image de base anale*: Elle concerne la zone anale, siège de la rétention ou de l'expulsion.

- *Image de base génitale*. (76)

- **L'«image fonctionnelle du corps»** Cette image a un fonctionnement dynamique. Elle va permettre la construction et l'évolution du schéma corporel. Elle pousse l'individu à élargir ses relations avec le monde extérieur. Par exemple, le plaisir d'expulser de l'air pourra se transformer en modifiant la forme de la bouche, en plaisir d'émettre des sons. (76)

- **L'«image érogène»**, se construira à partir des zones érogènes du corps (ex: la bouche au stade oral), lieux d'éprouvés de plaisir et de déplaisir. L'image érogène permettra à l'individu de «s'ouvrir à un plaisir partagé humanisant». (76)

L'image du corps, structure dynamique et en continuelle formation, repose donc sur ces trois images. Ces trois images vont évoluer selon le stade de développement traversé et vont s'influencer entre elles. (77)

Pour *Dolto*, les stades oral, anal, génital sont séparés par des «**castrations symboligènes**»: castration ombilicale, orale, anale, phallique (primaire) et symbolique (secondaire). La castration est la fonction parentale qui vient limiter la toute-puissance infantile, en marquant l'interdit du désir. Elle permet à l'enfant d'intégrer la Loi. (70)

- **La castration ombilicale**: Elle a lieu à la naissance, au moment où le fœtus passe d'un environnement contenant, qui subvient complètement à ses besoins, au milieu aérien où il doit respirer et se nourrir de manière active. La séparation ombilicale est la première séparation entre la mère et son enfant. C'est l'accès au langage qui symbolise la castration ombilicale. Elle marque l'interdit du vampirisme. (54) (76)

- **La castration orale**: Elle a lieu au moment du sevrage de l'enfant et de la diversification alimentaire soit vers 6 mois. Elle va poser l'interdit du cannibalisme. Elle permet également de mettre en place un médiateur entre la mère et son enfant. La castration orale permet à l'enfant d'accéder à un langage qui sera compréhensible de tous et plus uniquement de la mère seule. Elle marque l'interdit du cannibalisme. (54) (76)

- La **castration anale** qui va poser l'interdit du meurtre et du vandalisme arrivera vers 3 ans. Elle va permettre à l'enfant de communiquer avec les autres et d'aller vers eux pour le faire.

- La **castration génitale** va poser l'interdit de l'inceste entre 4 et 6 ans. (54) (76)

Pour *Dolto*, ce sont les expériences du corps dans la relation à l'autre, la mémorisation des perceptions olfactives, auditives, gustatives, visuelles, tactiles, baresthésiques et coenesthésiques, qui vont permettre au bébé d'accéder à l'intersubjectivité et à la subjectivité. Ce sont donc bien la communication analogique et la communication verbale qui vont permettre à l'enfant de développer l'image de son corps.

Les différentes castrations vont permettre au bébé d'accéder à la symbolisation. (54) (76)
L'enfant est ainsi progressivement capable de développer ses capacités de communication et d'aller vers les autres.

Le travail du psychanalyste est ainsi de parler directement au bébé, de donner sens à ses éprouvés en utilisant son propre corps pour les ressentir puis symboliser la souffrance de celui-ci en la mettant en mots. En inscrivant cette souffrance dans son histoire, le bébé va construire son identité de sujet. *Eliacheff* dira ainsi que «Ce n'est pas le corps qui parle: le corps est le lieu du langage.» (54)

C. L'attachement

Bowlby (1907-1990) est un psychiatre et psychanalyste anglais qui a travaillé à la Tavistock Clinic. Intéressé par l'éthologie, ses travaux font suite aux expériences d'*Harlow* qui a cherché à démontrer que les singes avaient un besoin de contact social. Selon les travaux de ce dernier, le facteur le plus important dans la formation du lien mère-bébé chez le singe Rhésus, c'est le contact physique et non la nourriture. Son expérience consistait à mettre des bébés singes, séparés à la naissance de leur mère, en présence de mères «substituts» artificielles: l'une constituée de chiffons doux mais sans biberon, l'autre en fil de fer mais avec un biberon. Les bébés-singes passaient plus de temps auprès de la mère de chiffons, se réfugiant contre elle en cas de peur et l'utilisant comme base d'exploration, qu'auprès de la mère nourricière qui ne leur procurait ni sécurité, ni réconfort. Cette expérience montre l'importance du besoin précoce d'attachement qui passe par la qualité du toucher. (32)

Bowlby considère que le bébé humain a un besoin de contact social inné qui le pousse à aller vers sa mère avant même de chercher à satisfaire ces besoins alimentaires vitaux. Sa mère va venir satisfaire ce besoin d'attachement, en lui apportant la proximité et le confort nécessaire dans des interactions de qualité. Pour lui l'**attachement** désigne le « lien affectif et social développé par une personne envers quelqu'un d'autre ». (32) Il décrit donc l'attachement comme un besoin primaire, à la différence de Freud qui le considère comme secondaire à la relation de nourrissage. L'attachement fait donc partie des *processus d'autoconservation* pour *Bowlby*. (26) (78)

Pour *Bowlby*, il existe **cinq comportements instinctifs principaux**: la **succion**, l'**étreinte** (l'agrippement), l'**action de suivre** (du regard en premier lieu), les **pleurs** et le **sourire**. Ces cinq comportements qui définissent la conduite d'attachement, auraient pour but de maintenir le bébé à proximité de la mère et inversement. Ces comportements permettent d'assurer une fonction de protection de l'enfant et ainsi la survie de l'espèce. (32) Les comportements d'attachement seraient également des moyens pour le bébé de lutter contre les angoisses de chute en s'agrippant et en incitant le parent à prendre soin de lui. (70)

L'apprentissage et le renforcement par *feedback* (réponse par les parents aux avances sociales) vont contribuer à développer cet attachement. Si le besoin primaire d'attachement est satisfait, l'enfant va pouvoir explorer son environnement en confiance et sécurité et prendre de l'indépendance par rapport à ses figures d'attachement. (32) (79)

Bowlby distingue **3 schèmes d'attachement**: (32) (79)

- **Attachement sûr**: le nourrisson sait que ses parents donneront des réponses adaptées à ses besoins et qu'ils seront disponibles pour le rassurer. Etayé par la présence adaptée de ses parents, il va pouvoir découvrir progressivement le monde. L'exploration se fait donc à partir d'une *base sûre*.

- **Attachement angoissé ambivalent**: le bébé n'est pas certain que ses parents vont être disponibles et répondre à sa demande. En effet, par moments, ils seront présents alors qu'à d'autres non, utilisant par exemple, les menaces d'abandon comme moyen de discipline. L'incertitude que provoquent ces situations chez le nourrisson va entraîner chez lui une angoisse de séparation. Il sera donc peu enclin à s'éloigner de ses parents pour explorer son environnement.

- **Attachement angoissé évitant**: le bébé n'est pas sûr que ses parents lui apporteront une réponse adaptée à ses besoins et au contraire, s'attend à être repoussé. Il cherche donc à se débrouiller seul et peut mettre en place un «faux-self».

Main et Solomon, ont proposé un quatrième schème: **l'attachement insécur-désorganisé**. En présence d'un parent, le bébé peut soit se figer, soit l'agripper avec ses bras tout en éloignant l'ensemble de son corps. Ce schème est notamment retrouvé chez les enfants maltraités durant leur première année de vie. Il peut être différent selon la figure d'attachement.

Par ailleurs, un tiers des enfants de la population générale présente un attachement de type insécur-désorganisé, ce qui fait que cette catégorie appartient à une normalité et non à une pathologie. (32) (79)

Bowlby va travailler sur la notion d'attachement avec *Ainsworth* qui développera la «**strange situation**», situation expérimentale qui permet de déterminer le type d'attachement du bébé. *Main* va ensuite reprendre les travaux de *Bowlby* et d'*Ainsworth* sur l'attachement pour analyser de manière rétrospective la représentation du type d'attachement du parent grâce à l'**Adult Attachment Interview (AAI)**. (80) (79)

«Strange situation» ou «situation étrange»:

L'expérimentation initiale de la *situation étrange* décrite par *Ainsworth* consistait à mettre en présence dans une pièce, un bébé de 12 mois, sa figure d'attachement (souvent la mère) et une personne étrangère. Le protocole de l'expérience était le suivant: l'enfant arrivait avec sa mère; sa mère partait puis revenait, l'étranger partait, la mère partait, l'étranger revenait et enfin la mère revenait et l'étranger sortait pour laisser la mère et l'enfant ensemble. (32) (79)

Selon les modèles d'attachement, les réactions étaient les suivantes:

- *Attachement sûr*, «*sécure*»: l'enfant recherchait un contact et une réassurance au retour de la figure d'attachement.
- *Attachement évitant*: à son retour, l'enfant évitait le contact avec la figure d'attachement sans toutefois refuser ce contact.
- *Attachement ambivalent*: l'attitude de l'enfant était ambivalente, le contact avec la figure d'attachement était à la fois recherché, à la fois évité.
- *Attachement insécure-désorganisé*: l'enfant appréhendait le contact, dans une situation confuse. Dans certains cas une attitude de dépression pouvait être observée. (32) (79)

Lors de cette situation expérimentale, il est donc possible d'observer les patterns d'attachement du bébé à sa mère.

La *situation étrange* a été reprise dans différentes expérimentations notamment dans le but d'évaluer des troubles de la communication mère-bébé. Les résultats ont montré que la *situation étrange* ne permet pas de discriminer totalement des enfants présentant des troubles de la communication comme les enfants autistes, par exemple. (79)

Adult Attachment Interview (AAI)

Ces schèmes d'attachement qui se mettent en place dans la petite enfance, peuvent évoluer en fonction de la qualité de réponse du parent. Néanmoins, une fois installés sur plusieurs années, ils ont tendance à rester en place et vont se retrouver dans les relations que va créer l'adulte avec ses proches. *Bowlby* parlera du **modèle interne opérant**, qui correspond au mode de relations interhumaines d'un individu qui se développera principalement en fonction des interactions précoces qu'il a connues. L'évaluation du type d'attachement chez l'adulte, peut se faire grâce à un entretien semi-structuré: *l'Adult Attachment Interview (AAI)*. L'AAI permet d'évaluer le type d'attachement que l'adulte présente au moment de l'entretien. En effet, l'AAI ne permet pas d'évaluer la qualité d'attachement du parent lorsqu'il était enfant car celui-ci a connu des remaniements et des reconstructions en fonction de l'histoire du sujet. Dans 80% des cas, le schéma d'attachement (sécure ou insécure) retrouvé chez la mère en utilisant l'AAI, va aussi être retrouvé chez son enfant démontrant ainsi l'effet d'une transmission intergénérationnelle. Notons que le bébé pourra avoir un effet positif sur les représentations maternelles (13) (26)

C'est donc principalement, à travers les interactions précoces, que le type d'attachement va se transmettre d'une génération à l'autre. Le bébé va intérioriser les modèles de relation en fonction de l'effet que les signaux d'attachement qu'il produit vont avoir sur les adultes qui l'entourent. (79)

Précisons également que la figure d'attachement peut aussi être le père, une nourrice... et que le bébé est attaché aux personnes qui prennent soin de lui. Le type d'attachement du bébé peut varier selon la personne qui s'occupe de lui. (79)

Golse et Bullinger se sont demandés si le schème d'attachement d'un enfant pouvait avoir un effet sur la maturation de son équilibre sensorimoteur. Ils ont montré que les enfants insécures ne développaient pas de pathologies sensorimotrices de manière significative bien que des difficultés de la régulation du tonus pouvaient être observées. (79)

Une fois le besoin d'attachement satisfait, le nourrisson pourra, grâce à la présence de ses parents, organiser ses perceptions et métaboliser ses émotions. Ces moments d'organisation permettront au bébé d'accéder à une forme d'intersubjectivité. (28)

D. Les organisateurs de Spitz

Spitz (1887-1974) est né à Vienne, et devient médecin en Hongrie avant de s'installer aux Etats-Unis en 1938. Il a rencontré Freud dans le cadre de son analyse. Il a notamment travaillé sur le développement du jeune enfant.

Spitz va développer la notion «*d'organiseurs*», terme emprunté à l'embryologie. Pour lui, après l'acquisition de plusieurs lignes de développement, un niveau *d'organisation* supérieur apparaît.

Les trois organisateurs de Spitz:

- *Le sourire (Vers 8 semaines)*

Le «sourire au visage humain», à valeur d'échange social, apparaît. Il est différent du «sourire aux anges» qui correspond dans les premiers jours après la naissance à la détente musculaire post-réplétion. (25) Ce sourire intentionnel, actif, est le témoin d'une première conscience d'un autre, signe d'une intersubjectivité primaire. Nous noterons cependant que ce sourire résonne à l'apparition de n'importe quel visage humain, mais également d'un substitut symbolique (masque). Le visage n'est encore pour le bébé qu'un objet partiel. En revanche, la mère va être réceptive à ce sourire et va l'interpréter, lui donner un sens, et lui répondre. Le sourire permet donc d'établir/ de faciliter la communication entre le nourrisson et sa mère. (32)(56)

- *Peur de l'étranger ou angoisse du huitième mois. (Entre 6 et 8 mois) (32)(56)*

L'enfant est capable de différencier une personne qu'il connaît d'une personne inconnue. Les réactions devant un étranger peuvent aller du détournement du regard, à des pleurs ou des cris. Cette réaction correspond à l'angoisse de l'absence de la mère (objet libidinal).

- *Apparition de l'acquisition de la négation. (Entre 12 et 18 mois) (32)(56)*

Elle marque la distanciation du bébé avec sa mère et une ouverture sociale aux autres.

Grace à ses observations cliniques, *Spitz* a permis de mieux comprendre les premières interactions mère-enfant. Cependant, il méconnaît l'apparition de sourires en réponse et en imitation au visage et à la voix maternelle avant l'âge de 8 semaines. Par ailleurs, contrairement à *Bowlby*, il ne différencie pas la peur de l'étranger et l'angoisse de perte de la mère. (32)

III. Les capacités corporopsychiques

A. Examen clinique selon Brazelton

Brazelton est un pédiatre américain qui a principalement étudié le comportement des nourrissons et les grandes étapes du développement de l'enfant, en menant de nombreux examens cliniques. (81) Pour lui le bébé est un être *actif et compétent* dans de nombreux domaines.

Pour *Brazelton* le bébé a un rôle actif dans l'interaction: ses réponses à l'ajustement de son entourage vont renforcer les compétences de ce dernier et l'encourager à poursuivre des soins adaptés. Pour *Brazelton*, chaque bébé a un style interactif propre. (82)

Brazelton a développé une échelle d'évaluation du comportement néonatal: la **Neonatal Behavioral Assessment Scale** (NBAS). Elle permet d'évaluer les compétences, la personnalité du bébé, l'interaction avec son environnement et d'observer ses réactions à différents stimuli. La première publication de cette échelle date de 1973. (81)

Echelle de Brazelton (Annexe 2):

La passation de l'échelle dure entre 20 et 30 minutes et demande une participation active du nourrisson. La passation est réalisée par un examinateur expérimenté. Elle a lieu à distance de la tétée. L'examen, qui leur a été présenté au préalable, se déroule en présence des parents. Elle est proposée à des nourrissons de la naissance jusqu'à la fin du deuxième mois. (81)

L'examen commence lorsque le bébé est endormi pour évaluer sa capacité à maintenir un état de sommeil profond. L'examineur va ensuite observer et interagir avec le bébé en utilisant différents objets: lumière, clochettes, hochet ainsi que sa voix et son visage. Il notera comment il passe d'un état de vigilance à un autre. Il évaluera ensuite la motricité spontanée puis les réponses aux différents réflexes.

L'intérêt de cette échelle est qu'elle est centrée non pas sur les éléments pathologiques que peut présenter le bébé mais sur ses compétences et l'interaction possible avec l'examineur.(81)

L'échelle de *Brazelton* est composée de:

- **28 items comportementaux** qui sont tous cotés de 1 à 9. Ils concernent les capacités d'habituation, les réactions à des stimuli visuels ou auditifs, le tonus et la motricité, l'irritabilité, la labilité des états de veille, les sourires... (81)
- 18 items consacrés à l'évaluation des **réflexes neurologiques** (cotés de 1 à 4): grasping, Moro, Babinski, reptation, marche automatique... (81)
- **7 items complémentaires** (rajoutés dans la deuxième version) qui permettent d'évaluer le comportement des nourrissons considérés comme fragiles ou à haut risque: qualité et coût de l'attention, régulation des états d'éveil... (81)

Ces items peuvent être séparés en cinq groupes: groupe de l'habituation, moteur-oral, du tronc, vestibulaire et groupe d'orientation-interaction. (81)

La passation de ces items se fait selon un ordre établi mais l'examineur devra s'adapter aux états de veilles du nourrisson. Durant la passation, il devra aussi tenir compte des réactions du bébé: en le calmant si nécessaire ou en respectant des temps de pause. Il utilise son vécu contre transférentiel afin d'évaluer les capacités du nourrisson. Si celui-ci pleure, il peut évaluer l'auto-apaisement et la calinité. L'examineur est aussi attentif à tout signe de stress que le bébé peut présenter: trémulation, évitement du regard, agitation, pleurs... Il diminuera alors la stimulation sensorielle. (81)

Quelques items nous semblent importants à définir:

- **L'irritabilité**: Il s'agit de la facilité d'un nourrisson à se mettre dans un état de pleurs et à se désorganiser lorsqu'un stress se produit, stress dont la source peut être interne ou externe au nourrisson. (28) (82)

- **La consolabilité**: capacité du nourrisson à se calmer après l'exposition à un facteur de stress. Elle correspond à la fois à la capacité d'autoapaisement du bébé et à la capacité de celui-ci à pouvoir être consolé par son entourage. (28) (82)

L'échelle de Brazelton pourra être repassée à plusieurs reprises, notamment pour observer les progrès ou les régressions dans l'adaptation du bébé à son environnement.

Pour *Brazelton* le nourrisson est capable de se défendre contre les stimuli trop importants qui pourraient le désorganiser et menacer sa continuité d'être. Il a donc des capacités d'autorégulation. Ces «régulations» vont se succéder: régulation du système végétatif (cardiaque, respiratoire, alimentaire), régulation des mouvements corporels (remplacement de mouvements saccadés par des mouvements plus amples et coordonnés) puis régulation de l'état de vigilance. (82)

Nous allons développer deux de ces mécanismes de régulation:

- le phénomène d'habituation
- la régulation de son état de vigilance

Nous verrons également comment la passation de cette échelle pourra être utilisée de manière thérapeutique.

B. Phénomène d'habituation

L'habituation est une capacité d'autorégulation que le nourrisson utilise pour se couper des stimulations de l'environnement trop importantes qui le débordent.

Lorsque le bébé est stimulé de manière répétitive et identique, il va progressivement s'habituer à cette stimulation. Ses réactions, ses réponses et son attention vont diminuer. Si un stimulus différent lui est présenté, son intérêt se ravivera. Comme pour le premier, si on continue à lui présenter ce stimulus de manière répétée, le phénomène d'habituation lui permettra de l'ignorer également. (81) (82)

Le bébé est donc capable de faire varier son état d'attention en fonction de ses perceptions, afin de se protéger d'un afflux trop important de sollicitations qui pourraient le déborder. Mais lorsque le bébé est entouré de stimulations trop importantes, cette autorégulation par

habituation lui demandant beaucoup d'énergie, il ne sera plus disponible pour interagir et communiquer avec son entourage. Lorsque ce phénomène n'est pas reconnu par la maman, le retrait de son bébé pourra être mal interprété et vécu comme un refus de communiquer. Une réaction d'hyperstimulation du nourrisson peut alors être observée, ne faisant que renforcer son retrait. Un sentiment d'incompréhension peut alors naître entre la mère et son bébé. (81) (82)

Lors du *test de Brazelton*, l'habituation va être évaluée lorsque le nourrisson est endormi en observant sa réaction à la lumière, aux bruits (clochettes) présentés de manière répétitive. Les réactions du bébé vont diminuer progressivement: il est capable de protéger son sommeil des stimuli environnementaux. Certains bébés n'ont pas cette capacité: ils vont alors se réveiller voire pleurer ou crier. Ils ont besoin d'un environnement calme qui puisse les protéger des stimulations trop importantes pour eux. (28) (82)

Le phénomène d'habituation peut également être observé lors de la succion non nutritive. Le taux de succion du bébé est mesuré grâce à un capteur installé dans une tétine. Plus la succion est active, plus l'enfant manifeste son intérêt pour le stimulus sensoriel. Après une période d'intérêt lors de la présentation répétée d'un stimulus, le bébé va montrer du désintérêt pour celui-ci en diminuant son taux de succion. Il faut alors présenter un nouveau stimulus au bébé pour que son intérêt s'éveille à nouveau. (8)

Les expériences autour de l'habituation montre que l'enfant est capable de *mémoriser des invariants* dans les stimuli qui lui permettent de les reconnaître. Bruner considère que le phénomène d'habituation est un prérequis au langage. L'intérêt que l'enfant va porter aux éléments insolites du langage va lui permettre d'apprendre et de développer ses compétences linguistiques. (8)

Marcelli remarque qu'il n'existe *pas de phénomène d'habituation pour le visage humain*. L'échange de regards, les mimiques, les mouvements de tête seraient suffisamment variés pour que la communication reste attractive. De plus la mère en présentant son visage à son enfant va le plus souvent accompagner ses mimiques par des paroles, ce qui ne fait que renforcer l'intérêt du bébé. (20) (21)

C. Régulation de l'état de vigilance

La **vigilance** correspond à l'état de disponibilité psychique du nourrisson par rapport aux différents stimuli qui proviennent de l'environnement. (14)

L'**état de vigilance** dépend du système neurovégétatif. Son siège neurobiologique se trouve dans la formation réticulée du tronc cérébral et utilise l'acétylcholine comme principal neuromédiateur. (28)

T.B. Brazelton distingue **six états de vigilance chez le nourrisson**, qui se succèdent rapidement au fil de la journée (cycle de quatre heures): (32) (70) (82)

- **Stade 1, Sommeil profond:** la respiration est régulière et il n'y a pas de mouvements oculaires ou corporels observés.
- **Stade 2, Sommeil léger:** la respiration est plus rapide et irrégulière et des mouvements oculaires (observables à travers les paupières) et corporels (principalement faciaux) apparaissent.
- **Stade 3, Eveil somnolent:** le nourrisson a les yeux mi-clos et son regard est vague. La motricité est incertaine.
- **Stade 4, Eveil actif:** la respiration est régulière et le nourrisson est calme. Son regard est vif et attentif. C'est lors de ce stade que les capacités d'attention du nourrisson sont maximales et que celui-ci est disponible aux interactions.
- **Stade 5, Eveil agité:** Le nourrisson crie ou geint et il n'est pas disponible aux interactions. L'activité motrice est importante.
- **Stade 6, Pleurs:** Le bébé pleure, crie et la motricité est intense. Son visage est rouge et grimaçant. L'entourage est alors nécessaire pour contenir cette désorganisation. (32) (70) (82)

Au cours du premier mois de vie, le stade 4 d'éveil actif sera observable entre 8 à 16% du temps. Ce temps augmentera ensuite progressivement. Néanmoins les états de vigilance sont très variables selon les bébés: certains sont rapidement capables de maintenir un état d'éveil actif permettant ainsi la communication avec leurs parents alors que d'autres auront beaucoup de difficultés à réguler et à maintenir cet état de vigilance. Ces derniers passeront rapidement d'un stade 1 ou 2 à un stade 6, sans passer par les états intermédiaires, rendant une interaction soutenue impossible. (32)

La régulation des états de vigilance fait partie du système de *pare-excitation* du nourrisson. Le bébé peut être entouré par des sensations sensorielles très différentes. Or le bébé n'est capable de travailler qu'à partir de petites quantités d'énergie. La régulation de sa vigilance va lui permettre de prélever de manière cyclique dans son environnement les informations qui lui sont nécessaires. Il s'agit bien d'un mécanisme *actif* du nourrisson. (14) (52)

Les parents ont également un rôle à jouer dans ce *système de pare-excitation*. Ils peuvent ainsi aider le nourrisson à augmenter son temps d'éveil actif en le contenant, en lui parlant d'une voix douce ou encore en aménageant son environnement. Cependant une fois le contact établi dès que l'adulte va relâcher, même très brièvement, son attention la communication avec le bébé sera interrompue. (14) (52)

Il est également intéressant d'interroger les parents sur leur manière d'*interpréter les états de vigilance* de leur nourrisson (interactions fantasmatiques). Un bébé ayant besoin de beaucoup de sommeil pourra être perçu comme paresseux alors qu'un nourrisson, fréquemment dans un stade 6, pourra être décrit comme insupportable, capricieux ou encore ressemblant à son père.(52)

En fonction du niveau de vigilance du bébé, celui-ci sera donc disponible ou non à la communication avec ses parents. Il est donc important de favoriser cette communication lors des états d'éveils actifs du nourrisson.

D. Régulation de l'état tonique

Le *tonus* est l'état de tension permanent des muscles. Chez le bébé, il va fluctuer tout au long de la journée en fonction de son état somatique (fatigue, faim, niveau de vigilance) et de son environnement (soutien physique, interaction tonico-émotionnelle). C'est le système proprioceptif qui va évaluer la tension au niveau musculaire. (55) (69)

A la naissance, le tonus prédomine au niveau des fléchisseurs des membres alors que le tonus axial est faible. Progressivement le tonus axial va augmenter et celui des fléchisseurs des membres diminuer. Vers 12 semaines, le bébé couché sur le ventre, peut relever la tête et

les épaules. Vers 28 semaines, il est capable de rester assis quelques secondes sans s'aider des bras. Enfin vers 40-44 semaines, il reste assis sans aide. (70)

La variation du tonus peut également s'observer à travers les modifications du système végétatif: variations de la fréquence cardiaque et respiratoire, du transit, de la couleur de la peau et de la température du corps. (70)

Selon Bullinger, la **régulation de l'état tonique** peut se faire grâce (69) (70) (79):

- à la régulation du **niveau de vigilance**;
- au contrôle des **flux sensoriels**;
- au **milieu humain**;
- aux **représentations** qui se basent sur la qualité et la régularité des soins, ce qui va permettre au bébé d'anticiper les situations et de s'ajuster corporellement.

La **régulation des différents flux sensoriels** se fait selon **deux boucles de contrôles** :

- La **boucle archaïque**:

Un stimulus sensoriel irritant va provoquer une *réaction d'alerte* qui va mobiliser la boucle archaïque. Pour que cette boucle de régulation tonique soit active le flux doit être constant et d'intensité modérée. Si le flux est trop faible, la variation tonique ne se mettra pas en place. Si le flux sensoriel est trop important, le bébé se désorganisera. Ce mode de régulation de l'état tonique nécessite beaucoup d'énergie (activité permanente pour doser ou susciter les flux) et présente peu de souplesse dans son fonctionnement. Les stéréotypies répétées de manières régulières peuvent être un moyen de réguler les flux sensoriels. (69)

- La **boucle cognitive**:

Il s'agit du dernier moyen de régulation tonico-émotionnelle à se mettre en place. Elle correspond à la construction progressive des représentations mentales. Elle s'appuie sur la régulation des flux sensoriels par la boucle archaïque, et le milieu humain qui donne sens à ces sensations. Ces «protoreprésentations» vont permettre au bébé de contrôler son tonus de manière active et d'utiliser, si besoin, des moyens instrumentaux pour le faire. Cette boucle étant plus souple, elle permet une meilleure adaptation du tonus. (69)

L'*interaction avec le milieu humain* est un **autre moyen de régulation** du tonus pour le nourrisson, qui sera cette fois extérieur à son organisme. Pour que cette voie de régulation puisse se mettre en place le bébé doit pouvoir solliciter ses parents et être réceptif à leurs réponses. Les parents doivent également être en mesure de s'ajuster aux besoins de leur bébé. C'est leur capacité de portage physique et psychique qui va permettre au nourrisson de ne pas être débordé par les stimuli sensoriels. L'adulte est capable de réguler des variations toniques beaucoup plus importantes que la boucle archaïque, par exemple. Cette régulation correspond au *dialogue tonique*, que nous reverrons ultérieurement, entre les parents et leur enfant. (69)

L'ensemble de ces moyens permettent un équilibre sensori-tonique: le nourrisson peut recevoir les stimuli sensoriels extérieurs sans se désorganiser. Grâce à cet équilibre tonique, le bébé est disponible pour des interactions de bonne qualité et la communication sera donc possible avec son entourage. Si le bébé ne peut réguler ses états toniques, la conception des représentations mentales sera entravée. (69)

E. Amodalité et transmodalité perceptives

L'**amodalité perceptive** est la capacité du nourrisson à percevoir dans les différents canaux perceptifs les invariants structuraux (rythme, intensité, forme) dit invariants amodaux. Il va ainsi pouvoir transférer les informations d'un canal perceptif vers un autre. (11) (26)

Le nourrisson de quelques jours est capable lors de la succion d'une tétine d'une certaine forme, et cela sans l'avoir vue, de reconnaître cette forme parmi plusieurs représentations graphiques. Le bébé va donc extraire les sensations tactiles pour les transposer au niveau visuel. Dans une étude réalisée en 1979, *Meltzoff et Borton* ont donné une tétine lisse à un groupe de nourrissons âgés de 4 semaines et une tétine recouverte de petits picots à l'autre groupe. Après un temps d'exploration buccale, ils ont présenté à tous les nourrissons une image de chaque tétine. Les résultats ont montré que le nourrisson avait une préférence visuelle pour le type de tétine qu'il avait sucée au préalable. Ils ont donc démontré que le nourrisson pouvait établir un lien entre deux modalités sensorielles différentes (toucher et vision) c'est-à-dire réaliser une «intégration transmodale». (83)

Une autre expérience consiste à placer un masque sur les yeux de l'enfant et à lui donner un biberon de forme particulière. Une fois qu'il a terminé son biberon, on le place devant lui avec un autre biberon de forme bizarre. Puis, on lui retire son masque. Son attention et son regard se porte immédiatement vers le biberon qu'il vient de tenir. Le nourrisson est donc capable de repérer les modalités tactiles de l'objet et de les transposer dans la modalité visuelle. (84)

Lewkowicz et Turkewitz ont ensuite montré que les nourrissons étaient capables d'apparier des stimuli visuels et auditifs sur la base de l'intensité, la synchronie ou la durée. (85)

Pour *Stern*, plusieurs caractéristiques se retrouvent dans l'ensemble des modalités perceptives: l'intensité, la forme, le temps, le mouvement et le nombre. Il s'agit des **propriétés amodales**. Chacune de ces caractéristiques peut être extraite d'une modalité sensorielle vers une autre. Pour *Stern*, «c'est l'expérience des représentations abstraites des propriétés amodales qui nous permet de faire l'expérience d'un monde unifié à travers nos perceptions». Le bébé est ainsi capable de se représenter le monde de manière amodale et donc unifiée très tôt et cette capacité va s'améliorer avec l'âge. (64)

Grâce à l'amodalité perceptive, le bébé va pouvoir se modéliser une **représentation psychique** de l'objet en utilisant les invariants observés. Le nourrisson serait donc, dans une certaine mesure, capable d'**abstraction**. Cette capacité d'abstraction précoce est considérée comme un précurseur de la métaphore utilisée par l'adulte. (26) (62)

Le bébé va passer d'une perception globale amodale à une perception des éléments plus détaillés selon chaque modalité sensorielle. Les apprentissages se font donc de la généralité vers les spécificités: le nourrisson va d'abord repérer que la voix est associée à un visage, puis qu'il existe des voix masculines et féminines selon la tessiture de la voix avant d'associer une voix avec un visage en particulier. Cette évolution développementale va permettre au nourrisson d'intégrer d'abord des apprentissages généralisables pour aller vers des éléments plus précis. (49) (85)

Il est cependant important de souligner que la différence entre perception amodale, transmodale et co-modale est variable selon les auteurs. Certains auteurs nous proposent l'évolution suivante: d'une perception amodale le nourrisson va aller vers une perception transmodale.

Dans la plupart des textes les termes de **transmodalité** et de **co-modalité** peuvent être utilisés de manière indifférenciée.

Golse nous propose la distinction suivante: (56)

Transmodalité -> Unimodalité -> Co-modalité

Le nouveau-né va d'abord percevoir l'environnement qui l'entoure de manière **transmodale** c'est-à-dire qu'il va repérer les *invariants amodaux* provenant des différents canaux sensoriels, sans être capable de distinguer le canal de provenance. Le bébé va cependant apprendre à différencier les différents canaux perceptifs. D'une expérience transmodale le nourrisson passera à une expérience **unimodale**. Le passage par la perception unimodale est une étape nécessaire au nourrisson pour apprendre à distinguer les sensations provenant de chaque canal sensoriel. (56)

Bahrack a ainsi montré qu'un nourrisson de 3 mois avait besoin de deux modalités sensorielles pour extraire des caractéristiques amodales (tempo et rythme) alors qu'une expérience unimodale suffisait à un bébé de 5 mois pour extraire ces caractéristiques. (56)

Le nourrisson sera ainsi capable de repérer les invariants amodaux dans chaque modalité sensorielles.

L'étape suivante sera l'accès à la **co-modalité** perceptive: le nourrisson est capable de percevoir un stimulus dans des canaux différents en différenciant les informations selon chaque modalité sensorielle. (56)

La perception co-modale repose sur la perception des mêmes invariants amodaux (rythme, intensité, forme). (49)

La transmodalité puis la co-modalité perceptive seraient nécessaires au nourrisson pour percevoir le monde qui l'entoure comme unifié et permettre l'émergence de l'intersubjectivité et de la subjectivité. Lors de la tétée se produirait le *phénomène de mantèlement* qui permet au nourrisson de percevoir que l'ensemble de ses perceptions provient d'une source unique: la mère. (56) . Nous reviendrons sur ce phénomène ultérieurement.

Enfin pour Golse, «il n'y a pas de modalités perceptives possibles sans la voix de la mère, le visage de la mère et le holding de la mère comme organisateurs de cette modalité perceptive.» (13)

F. Segmentation

La segmentation est un phénomène *intrasensoriel* qui permet au bébé de percevoir le stimulus sensoriel comme un élément dynamique, en mouvement.

Deux types de segmentation sont distingués (18) (14):

- *la segmentation centrale*: l'organisme ne pouvant travailler que sur de petites quantités d'informations, celui-ci va venir les «prélever» de manière cyclique dans l'environnement. La substance réticulée participe à ce phénomène. Elle intervient donc dans la régulation des états de vigilance.

- *la segmentation périphérique*: Elle est possible grâce aux capacités du nourrisson à pouvoir bloquer une partie des informations en utilisant des «sphincters» et grâce à l'interaction parents-nourrisson. Le nourrisson est capable de segmenter lui-même les informations sensorielles périphériques comme lors des mouvements palpébraux qui viennent stopper les stimuli visuels. Dans le cas du goût ou de l'odorat, l'enfant ne disposant pas de «sphincters», il peut mettre en place des stéréotypes de type léchage, reniflage...

La segmentation périphérique peut également être le fruit d'une bonne interaction parents-nourrisson qui va favoriser la maturation et l'organisation de ce système. C'est également le rôle de la mère de moduler l'intensité de sa voix, par exemple, lorsque son bébé semble débordé. Elle aura également un rôle à jouer dans la rythmicité des stimuli sensoriels.

Dans le cas de la voix maternelle, par exemple, le nourrisson pourra soit faire varier son état de vigilance (segmentation centrale) soit la mère doit faire varier l'intensité de son discours (segmentation périphérique). Ce phénomène implique le fait que le nourrisson puisse faire varier ses états d'attention et que la mère n'ait pas une voix monotone comme dans le cadre d'un syndrome dépressif par exemple. (56)

La perception peut donc être segmentée ou non lorsque le mode perceptif est unimodal. Lorsque la perception est comodale, une segmentation a lieu de manière obligatoire dans tous

les modes perceptifs. Par ailleurs, la capacité de segmentation s'améliore avec la répétition des expériences perceptives. (56)

G. Mantèlement et démantèlement

Meltzer (1922-2004), psychanalyste britannique, a, à partir de l'observation clinique d'enfants autistes, élaboré des mécanismes intervenant dans le développement psychique normal chez l'enfant. (56)

Il a notamment développé le **concept de mantèlement/ démantèlement**. Pour lui, tous les bébés passent par des phases autistiques transitoires lorsqu'ils sont submergés par des stimuli sensoriels trop importants.

Lorsque le bébé suspend de manière active son attention, il en résulte un phénomène passif: le **phénomène de démantèlement**. Ce dernier permet au bébé de cliver ses sensations selon les différentes modalités sensorielles et de se protéger ainsi d'un flux de sensations trop important. Le démantèlement est réversible instantanément et n'est pas source d'angoisses. Durant cette période, l'objet est perçu selon chaque propriété sensorielle et ne peut être reconstruit dans sa globalité. (18) (14) (56) (52)

Lorsque le bébé arrive à organiser les stimuli qui l'entourent se produit alors le **phénomène de mantèlement**. Le nourrisson perçoit que l'ensemble des sensations ressenties proviennent d'une source identique. Il peut ainsi accéder à un noyau d'intersubjectivité, lors de la tétée par exemple, ce que nous développerons ultérieurement. Le phénomène de mantèlement est absent chez l'enfant autiste. (18) (14) (52)

Notons que ce mécanisme est **intersensoriel** contrairement au phénomène de segmentation.(18)

De par ses capacités sensorielles, motrices, cognitives, mnésiques et sociales, le nourrisson est capable de percevoir les signaux de communication et d'en émettre. Cette communication va également s'appuyer sur ses capacités psychiques et sur sa capacité à réguler et à manteler les différentes informations provenant de son environnement.

COMMUNICATION ET INTERACTIONS PRECOCES ENTRE LES PARENTS ET LE BEBE

Dans cette partie, nous allons évoquer les différents modèles théoriques qui décrivent et nous permettent de comprendre comment le nourrisson est capable de communiquer et d'interagir avec ses parents. Nous reprendrons ensuite ces différentes notions de manière intégrative à travers l'exemple de la tétée.

Il est d'usage de classer les interactions parents-nourrisson selon **cinq types d'interactions** qui sont observables lors des consultations, comportementales, affectives, fantasmatiques, biologiques et protosymboliques: (14) (25)

- **Interactions comportementales:**

Elles commencent dès la période anténatale. En effet, le fœtus est sensible aux variations de la pression intra-utérine. Elles comprennent les éléments suivants:

- **Interactions visuelles:** A partir du 15^{ème} jour de vie, le bébé et sa mère partagent des échanges de regards mutuels. (interpénétration des regards de *Haag*; rôle de miroir de *Winnicott*) (5) (86)

- **Interactions vocales:** le bébé va crier, pleurer pour se manifester et la mère va utiliser le «mamanais» pour lui répondre.

- **Interactions corporelles:** Elles comportent le holding et le handling de *Winnicott*, les échanges de sourires, le dialogue tonique de *Wallon*... (5) (69)

Le praticien va également observer si ces interactions semblent se faire de manière «mécanique» ou si elles sont adaptées, ajustées aux besoins du bébé. (14) (25)

- **Interactions affectives:**

Les interactions affectives correspondent aux échanges affectifs entre la mère et son bébé. Elle va ressentir par empathie les besoins et les éprouvés de son bébé, leur donner un sens et les mettre en mot ou en geste. Le bébé sera capable de ressentir les émotions de sa mère et pourra à son tour lui communiquer son état émotionnel.

Les notions d'accordage affectif de *Stern*, la fonction alpha de *Bion*, l'ajustement postural font partie des interactions affectives. (64) (69) (87) Les ressentis du praticien lors de la consultation sont également important dans l'évaluation de ce type d'interaction. (14) (25)

- Interactions fantasmatiques:

Elles ont été élaborées par *Cramer, Kreisler et Lebovici*. Ces interactions vont être accessibles lorsque les parents vont nous raconter leur histoire et celle de leur famille. Elles sont en lien avec la place du bébé dans l'histoire de chaque parent. Elles questionnent les relations et les problématiques interrelationnelles et transgénérationnelles. A la naissance, ce sont principalement les représentations fantasmatiques des parents (enfant imaginaire et fantasmatique) qui vont influencer le monde interne du bébé mais celui-ci va se développer progressivement dans l'interaction et venir interagir avec celui des parents. (14) (25) (27)

- **Interactions biologiques:** Elles sont principalement fœto-maternelles. Il s'agit de l'échange de substances biologiques comme lors de la grossesse où la mère va tolérer immunologiquement la présence du fœtus. (14) (25)

- Interactions pré ou protosymboliques:

Les parents vont mettre en sens certains comportements de leur enfant: pour eux, ils vont avoir valeur de communication. Ils perçoivent donc leur enfant comme ayant un intérieur psychique. Par exemple, lorsque le bébé vient agripper le doigt d'un de ses parents lors du réflexe de préhension, le parent aura le sentiment qu'un échange intersubjectif se produit et que le bébé le reconnaît dans sa fonction parentale. Cette perception va participer à la vie fantasmatique parentale.

Les interactions protosymboliques vont permettre au bébé de mettre en place les processus de symbolisation grâce notamment à l'anticipation de la mère que *Diatkine* appelle «illusion anticipatrice». (14) (25) (28)

Il nous semble difficile de classer les différentes modalités de communication et d'interaction que nous allons développer selon les types de systèmes interactifs car les interactions se font aussi de manière «intersystémique». Les interactions affectives du nourrisson vont par exemple, influencer sur les représentations fantasmatiques de la mère. De plus, les différents systèmes d'interactions peuvent avoir lieu de manière simultanée chez un des deux partenaires interactif, et s'influencer mutuellement. Par exemple, les affects du bébé vont influencer ses représentations cognitives. (36)

Nous avons donc fait le choix de citer, sans les classer, les principaux modèles et théories.

I. L'appareil à penser les pensées

Bion (1897–1979) se forme à la psychiatrie puis à la psychanalyse. Il a notamment travaillé sur la psychose et les thérapies de groupe. Ces apports étant nombreux, nous n'aborderons ici que sa théorie de la genèse de la pensée chez l'enfant. (56)

Bion va développer cette théorie à partir du concept d'*identification projective* décrite par *M. Klein*. Cette dernière définit l'**identification projective** dans l'étape de la position schizo-paranoïde, comme la projection fantasmatique dans le corps de l'autre d'une partie ou de la totalité du sujet. Ce mécanisme a pour but de blesser et de contrôler l'autre de l'intérieur. (12) *Bion* va cependant différencier l'identification projective normale qui fait partie des processus de communication dans l'interaction mère-enfant de l'identification projective pathologique.(13) Pour lui, *l'identification projective normale* permet au nourrisson de projeter à l'extérieur du Moi le «mauvais» pour lui permettre de garder dans son monde interne uniquement le «bon». Il s'agit d'un mécanisme de défense qui vise à préserver le Moi des pulsions de mort. Une fois modifiés, il pourra réintrojecter ces éléments projetés devenus plus supportables pour lui. *L'identification projective pathologique* correspond à l'utilisation massive de l'identification projective: tout ce qui entraîne de la frustration ou de la douleur va être projeté. Ce clivage entraîne une dissociation des parties du Moi et un fonctionnement psychotique de la personnalité. Le sujet ne pourra accéder à la symbolisation et l'établissement des liens ne pourra se faire. (56)

Bion, va donc élaborer une **théorie de la pensée** à partir de ces éléments. Pour lui, le bébé n'a pas de pensée à sa naissance, mais des *éprouvés corporels impensables*. Ces éléments impensables (émotions et sensations), appelés *éléments bêta* vont être projetés dans la mère par le nourrisson. La mère va alors transformer ces éléments bêta en éléments pensables, appelés *éléments alpha*. En répondant de manière adaptée aux besoins de son bébé, la mère va donner un sens aux éprouvés du nourrisson. Ce travail de lien entre éprouvés corporels et pensée correspond à la *fonction alpha*. Cette dernière peut se manifester par des gestes, des mots ou une combinaison de plusieurs éléments. Elle permet ainsi au nourrisson d'accéder à une forme de symbolisation et de communiquer ses éprouvés corporels. Le bébé va progressivement interioriser ces éléments alpha et va, par la suite, être capable de les combiner pour produire lui aussi une activité de pensée. L'appareil psychique du bébé devient

ainsi un «appareil à penser les pensées», capable de mettre en sens ses propres éprouvés corporels. L'ensemble des éléments alpha forme une *barrière de contact* qui protège le psychisme lorsque la réalité extérieure est trop envahissante et permet de maintenir le contact avec la réalité lorsque le monde interne du bébé le déborde. (26) (62) (56) (74) (88)

Si le bébé ne peut transformer les éléments bêta en éléments pensables, ils resteront des *éléments bêta bizarres* qu'il cherchera à évacuer par identification projective pathologique. Ces éléments, fragments d'objets, forment un *écran bêta* et font partie du fonctionnement de la personnalité psychotique. (56) (74)

Bion, formulera aussi ce concept en fonction de la relation *contenant-contenu*. L'enfant va projeter un *contenu* constitué d'éléments bêta dans le sein *contenant* de la mère. C'est la *capacité de rêverie maternelle*, capacité d'imagination, mode de pensée intuitive qui va permettre à la mère de contenir ces éléments bêta et de les transformer. (56) (88)

Bion va aussi classer les pensées selon leur apparition chronologique: les préconceptions, les conceptions (réalisation d'une préconception) puis les pensées.

La *préconception* est innée chez l'enfant, il est «dans l'attente du sein». Lorsqu'il rencontre le sein réel, la préconception se réalise et la *conception* apparaît. Lorsque le bébé attend le sein et que celui-ci n'apparaît pas émerge alors une *pensée*, s'il est capable de tolérer la frustration. Cette pensée va progressivement permettre au bébé de tolérer le temps entre son désir et sa réalisation. Si le bébé n'est pas capable de tolérer cette absence, il devra soit fuir cette frustration soit la modifier et l'appareil de pensée s'en trouvera ainsi perturbé. La pensée précède ainsi l'activité de penser. (87)

II. Holding, handling et espace transitionnel

Pour *Winnicott* l'environnement, et notamment la mère, est central dans le développement psychique de l'enfant. L'enfant, même s'il a des capacités innées, est totalement dépendant de son entourage à sa naissance. Il va progressivement se construire grâce aux réponses de son environnement adaptées à ses besoins psychiques et physiques. (73)

Pour Winnicott, l'environnement du bébé doit contenir les fonctions suivantes: (89)

- le **holding**: c'est-à-dire la manière dont l'enfant est *porté* physiquement et psychiquement.
- le **handling**: la façon dont le bébé est traité, *manipulé* et soigné.
- l'**object-presenting**: la façon dont *l'objet est présenté* à l'enfant.

Winnicott définit le **holding** comme la première étape de la relation mère-nourrisson. Le holding correspond au soutien physique et psychique qu'apporte la mère à son bébé. Grâce au holding, le nourrisson se sentira protégé des expériences physiologiques, sensorielles ou psychologiques qui peuvent être angoissantes pour lui. Le nourrisson aura ainsi le sentiment d'être contenu et d'exister de manière continue. Progressivement, le nourrisson va intégrer le holding de la mère dans son milieu interne. La présence de la mère deviendra moins nécessaire. L'enfant pourra alors utiliser ce sentiment de sécurité interne pour explorer son environnement « situation holding expériences». Ce phénomène n'est possible que si la mère est «suffisamment bonne» pour maintenir le sentiment de holding de manière continue. (5) (56)

Le **handling** correspond à la manière dont la mère va manipuler le corps de son enfant et lui faire découvrir progressivement les parties de son corps mais également leurs fonctions. Cette découverte se fera à travers des jeux de chatouilles, de caresses... qui faciliteront l'accès à l'intersubjectivité. Winnicott nomme ce processus «interrelation psychosomatique» par lequel la psyché va s'installer dans le soma. (25) (56)

Lors de l'**object-presenting** l'objet sera présenté au bébé au moment où il en exprime le besoin. L'object-presenting contribue à l'illusion de l'omnipotence du nourrisson. (25) (56)

Durant le deuxième semestre de vie, Winnicott évoquera également les «**phénomènes transitionnels et les objets transitionnels**». Il désigne ces éléments comme une zone d'expérience «qui est l'intermédiaire entre le pouce et l'ours en peluche, entre érotisme oral et la relation objectale vraie, entre l'activité créatrice primaire de la dette et la reconnaissance de cette dette». (32) L'**espace transitionnel** se situe au chevauchement de la réalité intérieure et de la réalité extérieure. Il s'agit d'une aire intermédiaire qui abrite à la fois le moi et le non moi. Cet espace apaisant pour l'enfant peut-être une couverture, un nounours (objets transitionnels) ou un mot, un geste, une mélodie (phénomènes transitionnels). Il est sans doute

en lien avec la figure d'attachement, mais il ne dépend pas de la présence ou de l'absence de celle-ci. L'espace transitionnel est une zone d'expériences sensorielles pour le bébé. Les parents peuvent percevoir cet espace transitionnel lorsque l'enfant est agité. Ils vont pouvoir, grâce aux objets et aux phénomènes transitionnels, aider l'enfant à s'apaiser. Cette zone intermédiaire évoluera par la suite, grâce aux jeux notamment, pour correspondre chez l'adulte au domaine de la culture. (5)

L'espace transitionnel va participer au développement du processus de séparation-individuation. Cet espace, dans lequel s'instaure la confiance et la sécurité, apparaît dans les jeux entre la mère et son bébé. Par l'intermédiaire de cet espace de jeu le bébé va progressivement faire l'expérience de la séparation.(5)

Winnicott décrit la **relation mère-enfant en trois phases**:

- **la phase de «dépendance absolue»** aux soins procurés par la mère allant jusqu'à 5 mois environ. Le bébé est dans un état de fusion avec sa mère et c'est elle qui va devoir s'adapter à ses besoins. Le nourrisson, omnipotent, a d'abord l'illusion qu'il crée l'objet de ses besoins. Le sentiment de continuité d'être est assuré par les soins maternels comme le holding qui s'appuient sur la préoccupation maternelle primaire. (56) (90)

- **la phase de «dépendance relative»** va de 5-6 mois jusqu'à la fin de la première année. L'enfant va progressivement se différencier de sa mère en faisant d'abord l'expérience d'être seul en présence de la mère puis il va établir une relation objectale grâce à des courts moments d'absences de la mère. Puis viendra la désillusion, le bébé n'est pas à l'origine de la création de l'objet de désir, ce qui permettra au bébé de ne pas se sentir envahi par des angoisses menaçantes. (56) (73) (90)

- **la phase de «l'indépendance»** débutera lors de la deuxième année. L'enfant n'aura plus besoin des soins de sa mère car il les aura intériorisés. Il s'ouvrira vers le monde extérieur en développant ses capacités de socialisation. (56) (90)

Les apports de *Winnicott* sont fondamentaux pour nous aider à comprendre comment les soins maternels vont assurer au nourrisson le sentiment de continuité d'être, grâce au holding et handling, et comment par l'intermédiaire de l'espace transitionnel, le bébé va accéder à la subjectivité.

III. Regards entre la mère et son enfant

Le regard est un des premiers moyens de communication existant entre le bébé et sa mère. C'est par le regard que s'échangent et se transmettent beaucoup d'informations mais surtout que s'élabore un partage émotionnel. (91) Lorsque les mères évoquent des sentiments positifs à l'égard de leurs bébés, elles évoquent fréquemment le regard. C'est souvent par le regard que le bébé lui adresse, que la mère va le percevoir comme un individu unique et pensant. (36)

Certains auteurs comme *Mellier*, considèrent que le regard du bébé est un «indice de sa capacité à comprendre les signaux de communication émis par l'interlocuteur, à attribuer des intentions au partenaire, à lire les expressions émotionnelles et à émettre des signaux de demande, de refus, d'engagement ou de rupture de la communication». (50)

Le nouveau-né est capable de regarder le visage humain et de le suivre. Il a une préférence pour le visage maternel mais cette préférence ne se retrouve pas lorsque les contours du visage de la mère sont cachés (par un foulard, par exemple).

Le bébé de 4 à 8 mois fixera plus longtemps ce qu'il observe. Il regardera également plus le visage d'une personne qui parle et qui bouge plutôt que le visage d'une personne discutant sans mouvement.

Entre 3 et 5 mois, le bébé peut différencier visuellement les expressions de peur, de joie, de colère et de tristesse, mais le regard ne sera plus le seul reflet de l'état psychique du bébé: le principal indicateur de cet état est désormais le sourire. (50)

Vers 4 mois, le bébé se redresse: le champ visuel du bébé s'élargit et son regard passe alors de la mère vers des objets, soutenu par le regard de sa mère. (50)

Après quelques mois, le regard de la mère va passer du bébé vers les objets. (92)

En utilisant l'imagerie cérébrale, *Keysers et coll* ont démontré que lorsqu'on présente une photo de sa jambe en train de se faire caresser par une main à un sujet, les aires somato-sensorielles S2 s'activent. Or, ces aires s'activent en principe lorsque la jambe est réellement touchée. (91) (93) Nous pouvons donc nous *sentir touchés à travers le regard* et nous sentir enveloppés et contenus par celui-ci.

Pour *Marcelli*, c'est grâce à l'engagement par le regard que débute une interaction qui sera suivie par une ouverture de la bouche lorsque l'adulte va lui adresser la parole. (20)

Lors de la naissance, avant la mise au sein et l'apparition de l'intérêt pour celui-ci, a lieu une interaction visuelle entre le bébé et sa mère. Cet échange de regard serait maximum vers 20 minutes de vie. Pour *Marcelli*, l'échange visuel correspondrait à un **besoin primaire du bébé**. Comme nous l'avons vu, la vision est le sens qui arrive le plus tardivement à maturité. Le bébé a donc un regard en mydriase à la naissance qui aurait comme effet d'attirer le regard de l'adulte, qui se place presque «automatiquement» à une distance de 20 à 25 cm (distance optimale pour le bébé). (20)

Marcelli décrit **trois types de regard** que le parent peut porter sur son enfant (62):

- **«l'envisagement»**: le parent va regarder sereinement son enfant et rêver à son devenir.
- **«le dévisagement»**: le parent est inquiet en raison du contexte prénatal ou périnatal source d'angoisses. Il va alors observer de manière attentive son enfant pour vérifier que tout se passe bien.
- **«l'invisagement»**: à la suite d'un traumatisme, le parent ne sera pas disponible psychiquement pour son bébé. Son regard sera soit absent, soit «engloutira» celui de son bébé, en quête d'un objet perdu. L'accommodation des regards sera donc impossible.

La qualité du regard parental aura donc un impact sur la manière dont le bébé va investir son entourage et le monde qui l'entoure.

Emery nous propose une **classification du regard en cinq catégories**:

- le regard partagé qui peut se diviser en deux sous parties: le regard direct et le regard dévié.
- le fait de suivre du regard (mise en jeu de la poursuite oculaire de manière dynamique).
- l'attention conjointe (les deux partenaires vont échanger des regards; il n'existe pas de désignation de l'objet par le regard).
- l'attention partagée (regards échangés entre les deux partenaires et l'objet; triangulation des regards).

Remarquons ici que les notions d'attention partagée et conjointe sont différentes de celles proposées par *Bruner* sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

- la théorie de l'esprit (le sujet arrive à percevoir que l'autre a l'intention de faire quelque chose avec l'objet). (91)

La communication par le regard s'élaborerait ainsi en parallèle au développement des capacités psychiques, affectives et sociales du nourrisson.

Pour Winnicott, dans son article «Le *rôle de miroir de la mère* et de la famille dans le développement de l'enfant» (89), le visage de la mère va exprimer ce qu'elle voit de son bébé. La mère va ainsi renvoyer de manière active à son bébé l'image qu'elle perçoit de lui et il va progressivement s'identifier à cette image (identification primaire). Le bébé en regardant sa mère voit ainsi sa propre image. «Le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère» disait Winnicott. (89) Puis, le bébé pourra voir ce visage qui lui sert de miroir comme étant celui de sa mère et la percevoir différente de lui. (56)

Une mère indisponible psychologiquement ne pourra pas renvoyer à son enfant une image qui va lui permettre de se construire. Le bébé ne va pas pouvoir percevoir ce qu'il donne à l'autre, et ne se verra pas lui-même. Sa créativité va s'appauvrir et il va se placer en position de retrait ou encore ne rien regarder et on constatera une absence d'interpénétration des regards. Le bébé ne sera pas en capacité de s'ouvrir vers le monde extérieur. (89)

Le concept de neurones miroirs vient donner une origine anatomique à ce phénomène. (21) La présentation au miroir du bébé par le parent lorsque celui-ci a entre 5/6 mois et 8/10 mois aura également une importance dans le fondement de la subjectivation. Le regard du parent va passer du bébé à son image dans le miroir puis le bébé va suivre ce regard et le pointage de son image dans le miroir. Les regards du parent et du bébé vont ainsi se croiser dans le reflet du miroir. L'enfant va ensuite regarder son image dans le miroir et le parent va le nommer: l'enfant va ainsi percevoir cette image de soi qui n'est pas tout à fait soi, qui permet l'émergence du narcissisme. (21)

Pour Ciccone, le regard du parent a une fonction de «*réparation des discontinuités*». Lorsque, pour différentes raisons, le bébé ne ressent pas le sentiment de continuité dans la relation, il s'agite. La mère, par son regard va venir rétablir ce lien et contenir son bébé qui pourra vivre un sentiment de continuité d'être. (62)

Enfin, le regard peut transmettre une *narration*. En effet, le regard fait partie du système de communication analogique et va accompagner les mouvements du visage ou des mains pour permettre la transmission des affects puis les autres représentations chez le bébé mais aussi chez l'adulte. (91)

IV. Le dialogue tonico-émotionnel

Wallon (1879-1962) philosophe, psychologue et neuropsychiatre français, a le premier évoqué la notion de **dialogue tonique**. Cette notion sera développée par Ajuriaguerra, fondateur de la psychomotricité.

Le **dialogue tonique** correspond à une interaction entre un enfant et son parent qui le porte. Le bébé va ressentir les différents flux sensoriels (vestibulaire, tactile, olfactif...) qui vont provoquer chez lui une variation de son tonus. Cette variation tonique est perçue par le bébé mais également par le parent qui le porte et qui va donner sens aux sensations physiques. La manière dont le parent va porter, contenir, soutenir son bébé et l'adaptation posturale et tonique de celui-ci sont les éléments qui constituent ce dialogue. Chacun va ainsi s'adapter à la posture de l'autre, le bébé étant un partenaire actif de cet échange. (36) (69)

Le contact physique du parent va reconforter le bébé et lui donner l'illusion d'une fusion des deux corps. Le bébé pourra alors se détendre, s'abandonner dans les bras de son porteur. Le contact par le peau à peau recherché par le nourrisson lors des premiers jours de vie est une modalité de dialogue tonique.

Le dialogue tonique est un des moyens qui permet la **régulation tonique** chez le bébé en métabolisant la tension corporelle accumulée en réaction aux stimuli sensoriels et en lui donnant sens.

La modulation du tonus (variation du rythme des échanges, défaut de synchronisation...) entraîne un recrutement tonique chez le bébé qui lui permet de se rassembler corporellement. La combinaison entre le dialogue tonique qui a lieu au niveau de la face externe de la peau et la détection de covariation dans les boucles sensorimotrices localisée au niveau de la face interne, va faire naître une enveloppe corporelle. Cette enveloppe est constituée d'une face interne, qui existe uniquement lors des mouvements de mise en tension musculaire et d'une face externe, qui est la surface où s'inscrivent le milieu humain et l'environnement. Un bon développement corporopsychique implique un équilibre entre les deux faces. (69)

Cet équilibre entre l'organisme du bébé et son environnement correspond à **l'équilibre sensorimoteur**. Il est possible grâce aux éléments de régularité assurés par l'environnement lors du dialogue tonique. Le bébé va alors extraire des invariants de ces régularités grâce à son activité cognitive et venir les intégrer à son fonctionnement. L'intégration de ces éléments de

stabilités va permettre au bébé de maintenir un équilibre sensorimoteur et donc une enveloppe stable. (69)

De la mise en place de cette enveloppe corporo-psychique et du sens donné à l'action du bébé par le dialogue tonique va émerger le sentiment de subjectivité. (69)

Pour *Bullinger*, le dialogue tonique correspond à un besoin de communication indispensable pour le bébé. (69)

Les parents s'adapteront plus ou moins facilement aux positions inconfortables du bébé et inversement. Des troubles du dialogue tonique et de la régulation tonique chez le bébé peuvent alors apparaître. La stabilité de l'enveloppe corporelle est alors menacée.

V. Peau psychique et identification adhésive

Bick (1901-1983) est une psychanalyste d'origine polonaise. En France, elle est surtout connue pour sa méthode d'observation des bébés mais elle a également développé d'autres notions comme *la peau psychique* et *l'identification adhésive*.

Pour *Bick*, la personnalité du bébé à sa naissance, est constituée d'éléments non liés qui vont être maintenus passivement en un tout grâce à la peau qui vient faire office de limite. Ces éléments morcelés sont propres à chaque individu et à son histoire.

Dans un premier temps, le bébé a besoin d'un contenant physique externe pour maintenir ces éléments liés: c'est la mère qui va assurer cette contenance et faire fonction de première peau. Le bébé et la mère vont ainsi partager une première peau commune. Il s'agit du **mécanisme d'identification adhésive**. (32) (94)

C'est seulement après l'introjection d'un objet externe contenant que le bébé va construire un espace intérieur capable de contenir les différentes parties du Self morcelé unies entre elles. A partir d'une peau commune avec sa mère, le bébé va ainsi mettre en place sa propre enveloppe corporopsychique. Cette dernière va permettre au bébé de développer un sentiment de sécurité interne. (95)

L'identification adhésive correspond à une forme archaïque de relation à l'objet. *L'objet contenant optimal* est constitué du contact bouche-mamelon associé au portage, à la parole et

à l'odeur de la mère (95) . Ces éléments permettent de contenir l'agitation de l'enfant et de lutter contre le sentiment de désintégration

En cas de défaut de contenance répétée de la mère, le nourrisson aura tendance à utiliser l'identification adhésive sur le long terme. (94) **L'identification adhésive devient alors pathologique.** L'enfant utilisera le collage à l'objet comme mécanisme de défense contre les angoisses primitives (angoisses de chute ou de liquéfaction). (32)

La question de savoir si l'identification adhésive est un stade du développement normal chez l'enfant ou s'il s'agit uniquement d'un mode de relation pathologique, comme chez les enfants autistes, reste en suspens.

Pour *Bick*, en cas de défaut de contenant de l'objet maternel, le nourrisson va chercher soit à **s'agripper**, soit à créer une **seconde peau** pour lutter contre des éprouvés corporels qui le submergent et l'angoissent. (74)

- **L'agrippement**: le bébé va s'agripper à un stimulus extérieur (une lumière, une voix, une odeur, ou un objet). Cet agrippement va donner au bébé la sensation que les parties de sa personnalité sont rassemblées durant un moment. Ce mécanisme lui permet de lutter contre une angoisse de chute catastrophique que *Bick* appelle *la fin mortelle*. (73) (74)

- **La seconde peau**: le bébé va figer ses éprouvés corporels en créant une seconde peau qui tente de maintenir la cohésion entre les différentes parties de sa personnalité. Cette seconde peau, coquille de protection, va se faire à partir d'un surinvestissement de la musculature (seconde peau psychique.) Cette seconde peau psychique peut prendre la forme d'une peau musculaire (partielle ou totale) ou vocale.(43) (74)

Pour *Bick*, l'hyperactivité, les troubles du comportement comme l'agressivité et l'hypertonie correspondent à la manifestation d'une seconde peau musculaire qui permet de contenir les angoisses.(96)

Ces symptômes viennent mettre en lumière le défaut de contenance de la relation mère-enfant et l'altération de la communication dans la dyade. Le processus d'accès à l'intersubjectivité et à la subjectivité est alors entravé.

Le travail en psychothérapie va consister à faire émerger une seconde peau par identification à un objet contenant pour remplacer une seconde peau pathologique.

VI. Le Moi-Peau

Anzieu (1923-1999), psychanalyste français, va entre-autre s'appuyer sur les travaux de *Bowlby* sur l'attachement pour développer la notion de **Moi-Peau**. Pour lui, c'est bien le contact cutané, et non la proximité physique, entre la mère et son bébé qui est à l'origine de la pulsion d'attachement. Initialement, le corps de la mère va venir contenir, envelopper et délimiter celui du bébé formant ainsi **une peau commune**. (74) (97)

Il est intéressant de remarquer qu'*Anzieu* mena ses recherches en parallèle des travaux de *Bick* sans en avoir connaissance.

Pour *Anzieu*, «le Moi-Peau est une partie de la mère (particulièrement ses mains) qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner (...) tout comme la mère maintient le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité.» (97)

Pour *Anzieu*, le toucher et le contact du corps de la mère permettent de créer une enveloppe contenant. Cette enveloppe psychique n'est pas seulement un contenant car elle permet aussi l'émergence de représentations psychiques stables. Elle rend ainsi possible le rassemblement de ces représentations ce qui permet l'émergence des pensées. (4) (53)

Se toucher, se voir, se sentir, se goûter, s'écouter sont des préalables indispensables qui permettent à l'individu de se penser pensant. (26)

Pour *Anzieu*, le Moi-Peau est une structure intermédiaire qui se situe chronologiquement entre l'état initial de fusion psychique de la dyade mère-bébé et la différenciation des instances psychiques de la mère et du bébé. (97)

«Par Moi-peau, (*Anzieu*) désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif». *Anzieu* (97)

Le Moi-Peau est ainsi une interface qui permet à la fois de créer et de maintenir un lien mais aussi de marquer une séparation entre soi et l'autre.

Contrairement au concept d'enveloppe psychique de *Houzel*, les limites du Moi-Peau peuvent être assimilables aux limites corporelles, siège des expériences tactiles. (74) Le

contact corporel dynamique permet l'émergence de représentations cognitives et affectives, premières élaborations d'une expérience psychique partagée entre la mère et son bébé. A partir de ces expériences répétées, un espace contenant la vie psychique et les pensée du sujet va apparaitre.(98) Le Moi- psychique se développe ainsi à partir du Moi-Peau.

Anzieu attribue au **Moi-Peau** trois puis **neuf fonctions principales** (73) (74) (97) :

- **La fonction de maintenance**: C'est le résultat de l'intégration par le bébé du *holding* de la mère (Winnicott).
- **La fonction de contenance**: Elle se rapproche du *handling* (manipulation physique et psychique du bébé par la mère). Anzieu décrit le «contenant» qui reçoit de manière passive les projections de l'enfant et le «conteneur» qui permet de transformer de manière active les projections en éléments assimilables par l'appareil psychique. Le conteneur correspond à la description de la *capacité de rêverie maternelle* de Bion.
- **La fonction pare-excitation**: C'est un système de protection. C'est la mère qui sera d'abord un système de «pare-excitation auxiliaire du bébé» jusqu'à que celui-ci trouve son propre système, sa propre peau.
- **La fonction d'individuation du Soi**: Elle renvoie au «sentiment d'être un être unique» (97)
- **La fonction d'intersensorialité**: «Le Moi-Peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile: c'est la fonction d'*intersensorialité*.» (97)
- **La fonction de soutien de l'excitation sexuelle**: Le Moi-Peau est la surface sur laquelle les zones érogènes sont localisées.
- **La fonction de recharge libidinale**: «A la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes répond la fonction du Moi-peau de *recharge libidinale* du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.» (97)
- **La fonction d'inscription des traces sensorielles**: les informations sur le monde extérieur perçues par la peau et le sens du touché vont venir s'inscrire dans le Moi-Peau.
- **La fonction négative d'autodestruction, d'attaque des liens**: Selon une hypothèse de Anzieu, une fonction du Moi-Peau provoquerait l'autodestruction de la peau et du Moi.

Pour Anzieu, la structure de **l'enveloppe psychique** est constituée de **deux feuillets** (74):

- **Un feuillet tourné vers la réalité interne:** Vont s'y inscrire et être mémorisées les différentes expériences sensorielles vécues par le nourrisson. Ce feuillet reçoit également les stimulations de l'inconscient.
- **Un feuillet tourné vers la réalité extérieure:** Il a un rôle de pare-excitation et protège le premier feuillet de stimuli trop violents.

Pour Anzieu, la formation des enveloppes psychiques permet la mise en place des «signifiants formels», constitués d'images sensorielles. Il les définit comme les représentations des contenants psychiques. Ces signifiants permettent de décrire les différentes organisations du Moi et du Soi. Les signifiants formels «donnent sens à la communication non verbale». (96)(98)

Cette notion d'enveloppe psychique sera reprise par de nombreux auteurs comme Houzel. Celui-ci propose d'élargir le concept d'enveloppe psychique individuelle à des applications thérapeutiques. Il parle ainsi d'enveloppe groupale, familiale, élargie et institutionnelle. (74)

Anzieu nous montre ainsi comment à partir du contact corporel et des interactions avec la mère, le bébé va développer une enveloppe psychique contenante qui sera le support de la subjectivité.

VII. Boucle de retour, clivages et identifications intracorporelles

Haag, psychanalyste et psychiatre française, a beaucoup travaillé sur l'autisme infantile. Ses apports sont nombreux. Nous évoquerons ceux qui nous semblent les plus importants pour comprendre les interactions mère-enfant.

Haag va reprendre les travaux de Bick sur l'identité adhésive. Elle différencie l'identité adhésive normale de *l'identité adhésive pathologique* chez l'enfant autiste qu'elle considère comme un moyen de défense contre le sentiment de séparation corporelle. L'identité adhésive devient pathologique si elle perdure dans le temps. Cette adhésion aura alors également lieu avec des objets inanimés. (99)

Pour Haag, dans les deux premiers mois de vie, le bébé est dans une **identification adhésive normale** avec sa mère.

Entre 2 et 4/5 mois: L'**interpénétration du regard** entre le bébé et sa mère devient possible. Cette interpénétration va permettre la formation progressive d'une **enveloppe** psychique grâce aux **boucles de retour**. L'interpénétration des regards suppose que la mère puisse accueillir ce regard et le charger d'une rêverie maternelle constructive. (100) Par la suite, ce regard aura une fonction verticalisante.(53)

Entre 3 et 8 mois se forme le Self. Pour Haag, le Self correspond à la réunion fantasmatique des deux moitiés du corps et donc à la réduction des **clivages verticaux et horizontaux**. (100)

A. Interpénétration des regards, boucle de retour et enveloppe psychique.

In utéro, le fœtus est contenu dans le liquide amniotique par la cavité utérine. Après l'accouchement, a lieu un effet de «**dépouillement**»: le nouveau-né perd cette enveloppe contenante. Ce sentiment de contenance est retrouvé lors de la tétée, avec le portage et le contact du dos contre la mère, l'interpénétration des regards, l'enveloppe sonore, et les appuis au niveau des pieds. (81)

Pour Haag, le regard de la mère et du bébé vont se croiser, s'interpénétrer. **L'interpénétration des regards** va permettre à la dyade mère-enfant d'échanger des informations. Pour Haag, le jeu de pénétrance des regards correspond à une forme de communication analogique. (101)

Lors de la tétée, l'enfant va adresser un regard à la mère par lequel il va lui transmettre un message. Ce message va toucher le «**fond de la tête**» de la mère c'est-à-dire qu'il va à la fois pénétrer le psychisme de la mère, et rencontrer les éléments solides du monde interne de la mère. (74) La rencontre avec ces éléments solides va permettre le rebond de ce message. Il va ainsi revenir vers le bébé. C'est ce mouvement qui est appelé **boucle de retour**. (102)

Au retour, le message se dirige vers un noyau central du Self qui se confond plus ou moins avec le «squelette interne» du moi corporel. La paroi contenante est fabriquée par la succession de rebonds. (101)

Les points de rebond de ces boucles, que *G. Haag* nomme «rythmicités relationnelles», vont permettre de tisser progressivement un sentiment d'**enveloppe** de la zone érogène normale (bouche-sein et regards). Cette première enveloppe, ne correspondra pas aux limites de la peau et ne va pas inclure l'ensemble du corps. (102)

Cette enveloppe pourra être perçue au moment d'une interaction, lorsque le *fond de la tête* de la mère sera en miroir avec celui du bébé. (102) L'enveloppe psychique se formera à partir du *contact sein-mamelon*, de *l'interpénétration des regards* et des boucles de retour mais aussi de *l'objet d'arrière-plan*.

En dehors de la tétée, des jeux d'imitation (visage, mains) vont entretenir ces boucles. Elles vont également être le vecteur des émotions précoces. (102)

Haag va reprendre la notion **d'objet d'arrière-plan** de *Grotstein*. L'objet d'arrière-plan est une représentation mentale d'un appui dorsal constitutif d'un narcissisme sain. Il se construit à partir de l'expérience de contenance simultanée d'un échange de regards et du holding. (53) (74) Lorsque que l'objet d'arrière-plan n'est pas encore intégré, il existe quelque chose comme un trou qui donne l'impression qu'il existe un vide, angoissant. La mère, en proposant un appui dorsal au bébé, va assurer une fonction de contenance qui va lui permettre de contenir ses débordements. (53) L'intégration de l'objet d'arrière-plan va permettre au bébé de lutter contre ses angoisses archaïques (chute, liquéfaction). Ses angoisses sont présentes chez tous les nourrissons. Elles deviennent pathologiques si elles devaient persister chez l'enfant. (99)

Cet objet d'arrière-plan va venir soutenir l'enfant physiquement mais aussi psychiquement en lui fournissant un appui nécessaire au développement du sentiment de soi et de l'image corporelle globale. (62)

La présence d'un arrière-plan permet l'apparition d'une distance avec l'objet primaire. (74) C'est ainsi qu'*Haag* explique le passage progressif d'une identification adhésive à la phase symbiotique et à l'identification projective. Grâce à ses relations, le bébé va progressivement introjecter un objet d'arrière-plan qui va permettre de construire une solidité interne et les fondations du narcissisme.

Le bébé va communiquer avec la mère par le regard comme nous venons de l'évoquer. Il va également figurer ce circuit de communication avec son corps. Pour *Haag*, ce sont les mouvements des mains et des bras qui vont initier la boucle de retour. Cette **pré-symbolisation corporelle** des émotions du nourrisson est dirigée vers le parent qui va faire retour lorsque les bébés accèdent à l'intersubjectivité. (18) (56)

«Tout ce passe un peu, dit *Haag*, comme si ces bébés voulaient nous démontrer qu'ils ont ressenti qu'on peut envoyer à un autre, différent de soi, quelque chose de soi-même (un message ou surtout une émotion) et que ce matériel psychique ou protopsychique va ensuite trouver chez l'autre un fond à partir duquel il va pouvoir faire retour à l'envoyeur.» (18)

Pour *Haag*, cette séquence gestuelle organisée, dirigée ou non vers un tiers est une forme de **narration préverbale**.

Pour *Golse*, la boucle de retour est «une sorte de figuration corporelle du circuit de la communication». (56)

Chez certains bébés, nous ne ressentons pas cette interpénétration des regards, c'est-à-dire que nous ne sentons pas de message adressé dans le regard. Il n'existe donc pas de boucle de retour. Le regard peut alors être dit *transfixiant*. Dans ce cas également, le développement de l'enveloppe psychique et de l'intersubjectivité seront entravés.

C'est l'interpénétration du regard qui permet le redressement et l'acquisition de la verticalité. (99) Le jeu de regard précède la coordination des deux moitiés du corps. (53)

B. Phase symbiotique

La phase symbiotique va succéder à la phase d'identité adhésive, après une période où des moments de fusion entre la mère et son bébé (relation adhésive à l'objet) s'alternent avec des moments d'éloignement. Selon *Haag*, la **phase symbiotique** se divise en deux étapes importantes: le **clivage vertical** et le **clivage horizontal**. Lors de la phase symbiotique, le mode d'identification principal est l'identification projective c'est-à-dire la projection d'une partie de soi dans l'Autre que l'on ne reconnaît pas comme sienne. (74)

Clivage vertical

Le clivage vertical (droite/ gauche) correspond à la capacité du bébé à unifier l'espace gauche, droit et oral.

Le bébé va utiliser son corps comme un «*théâtre comportemental*» pour y rejouer quelque chose de la fonction maternelle lors de moments de pause interactive. Lors de ses pauses, la mère est présente physiquement, à proximité de son enfant, mais son attention est portée vers autre chose. (14) (74)

Le bébé en se rassemblant au niveau de la ligne médiane grâce à des jonctions main-bouche ou main-main, va s'auto-contenir («*auto-holding*») et s'apaiser. L'hémisphère dominant (droit) sera identifié aux fonctions maternelles et va s'occuper de l'autre hémicorps (gauche) identifié à celui du bébé. La soudure des deux parties de corps (réunion protosymbolique) correspond à une identification paternelle. Cette soudure serait possible grâce à *l'objet d'arrière-plan* qui pourrait se rapprocher de cette identification paternelle. Ce mécanisme est appelé **l'identification intracorporelle**. (14) (74)

Ce regroupement sur la ligne médiane est possible lorsqu'il existe un lien mère-bébé de qualité. Par ce regroupement le bébé va rejouer les interactions affectives contenantes déjà vécues avec sa figure d'attachement pour se rassurer. (100)

Clivage horizontal

A partir de 5 mois, le bébé va progressivement intégrer les membres inférieurs. Il va utiliser les acquis concernant le haut de son corps pour explorer ses pieds et ses jambes. Les contacts pied main ou pied bouche seront de plus en plus nombreux. Le bébé va investir son bassin, progressivement, ce qui va lui permettre d'investir l'espace qui l'entoure. (99)

L'appropriation des membres inférieurs se fera en parallèle de celle des zones sexuelles et anales. (99)

La réduction du clivage horizontal va ainsi permettre au bébé d'acquérir la station debout et de poursuivre l'exploration de son environnement.

G. Haag, a développé une «**grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité**» dans laquelle elle développe les cinq étapes suivantes: états autistiques sévères, restauration de la peau, réduction du clivage vertical, réduction du clivage horizontal et étape de séparation/ individuation en corps total. (103)

Bullinger va développer **deux autres clivages** qu'il place de manière antérieure au clivage vertical et horizontal:

- **Clivage capture/ exploration:** capacité du bébé à tenir les objets de manière ajustée qui correspond à un déséquilibre des systèmes archaïques. Ce clivage correspond à l'espace oral. Il va entraîner des conduites d'agrippement (grasping, bouche), des difficultés d'ajustement postural, l'apparition de stéréotypies...
- **Clivage avant/arrière:** qui correspond à un déséquilibre entre flexion et extension. Ce clivage correspond à l'espace du buste. La persistance de ce clivage peut entraîner une hypertonie postérieure majeure chez l'enfant.

VIII. Processus de séparation individuation

Margaret Mahler (1897-1985), après des études de pédiatrie en Allemagne et en Autriche, est partie vivre aux Etats-Unis où elle a exercé la profession de psychiatre et de psychanalyste.

Mahler distingue la naissance biologique, au moment de la séparation du cordon ombilical, et la naissance psychique qui aura lieu entre 4-5 mois et 36 mois et plus. A la suite de ses travaux sur la psychose infantile, elle a élaboré une théorie du développement psycho-affectif normal chez l'enfant qui se construit à partir des capacités innées du bébé et repose sur les interactions mère-enfant. (56)

Mahler décrit ainsi le **développement psycho-affectif de l'enfant** durant les premiers mois de vie:

- Durant les **4 premières semaines de vie**, a lieu la «**phase autistique normale**» moment où le bébé est dans une dépendance totale par rapport à sa mère et a le sentiment d'être omnipotent. Le bébé est le plus souvent dans un état de sommeil et ses périodes de réveils brefs lui permettraient de maintenir une homéostasie de ses besoins physiologiques. Il semble être peu sensible au monde extérieur. La mère assure une fonction de pare-excitation aux stimuli extérieurs. Les premières traces mnésiques correspondraient à des sensations bonnes ou mauvaises. (32) (56)

- **De 2 à 4 mois**, a lieu la «**phase symbiotique**». Grâce aux soins de maternage, le nourrisson va sortir de son état autistique pour former avec sa mère une unité duelle, contenue dans une «membrane symbiotique commune». Il est toujours totalement dépendant de sa mère et pour lui le mauvais provient uniquement de l'extérieur de cette membrane. Il va progressivement prendre conscience de l'existence d'un objet extérieur, la mère. En le protégeant des stimulations sensorielles désorganisatrices, la mère va permettre à son enfant de développer ses capacités sensorielles et son désir d'explorer les sensations extérieures. Il garderait en mémoire ces différentes expériences, ce qui permettrait au processus de séparation-individuation de se mettre en place. (32) (56)

- **A partir de 4 mois**, le «**processus de séparation-individuation**» débute. Le processus de *séparation* aboutit vers le détachement et la distanciation de la dyade mère-bébé. L'*individuation* correspond à l'évolution des capacités perceptives, mnésiques et cognitives de l'enfant. *Mahler* décrit cette phase en quatre sous phases: (32) (56)

- **De 4 à 9 mois: différenciation et développement de l'image corporelle**. L'enfant va explorer le corps de sa mère (à l'intérieur de la membrane symbiotique) en se sentant en sécurité puis prendre de la distance par rapport à celui-ci pour revenir vers lui ensuite. A partir de 7 mois, il va chercher à comparer sa mère et «l'autre». Il explore les éléments corporels immuables et ceux qui peuvent s'enlever (lunettes, chapeau...). L'enfant commence à ressentir une unité corporelle et les limites de son corps.

- **De 9 à 16 mois: «période d'essais»**. Par son activité motrice, le bébé va prendre de la distance avec sa mère en rampant puis en marchant, tout en explorant son environnement. La présence de la mère reste néanmoins nécessaire à l'enfant car elle garantit un cadre rassurant.

- **Entre 16 et 24 mois: «le rapprochement»**. Avec la disparition du sentiment d'omnipotence et d'extension de son autonomie, des angoisses de séparation apparaissent. Débute alors la période du *shadowing* (poursuite oculaire de la mère par le bébé) suivie du *darting away* (mouvement physique de rapprochement par crainte de perdre l'objet d'amour et d'éloignement par crainte de réincorporation). Un équilibre entre les deux partenaires va s'installer ensuite avec l'apparition de la communication verbale. La sphère sociale s'élargie.

- **Après 24 mois: phase de consolidation** de l'individualité et début de la permanence de l'objet émotionnel. La communication verbale est installée. (32) (56)

Mahler a beaucoup apporté sur l'importance du soutien de la mère dans le développement psycho-affectif de l'enfant en intégrant des éléments développementaux aux théories psychanalytiques. Elle montre que les troubles précoces du développement peuvent être d'origines innées ou liés à des altérations de l'environnement. L'existence d'une «phase autistique normale» est cependant controversée. En effet, les capacités de communication du bébé durant leur premier mois de vie semblent plus importantes que celles qu'elle évoque. Il nous semble également important de préciser que le terme «autistique normal» est clairement à différencier de la pathologie autistique. Une confusion de ces termes pourrait contribuer à une confusion dans l'étiologie de l'autisme. (32)

IX. Modèle de régulation mutuelle et conscience dyadique

A. Modèle de régulation mutuelle

Pour Tronick et Weinberg, le bébé serait doté d'une motivation innée, déterminée biologiquement, qui le pousserait à communiquer avec les autres. C'est dans l'établissement d'une collaboration avec l'autre, qu'il existera une co-construction mutuelle du sens et que le bébé va accéder à des états d'intersubjectivité. Ils vont ainsi différencier un *processus primaire* qui va permettre l'établissement des relations sociales, dans un monde animé, et un *processus secondaire* qui va permettre la compréhension du monde inanimé. (40)

Une communication normale engendrera un développement normal chez le bébé, alors qu'une communication altérée (lorsque qu'il existe une maladie chronique ou aigüe, une malformation, un trouble de la parentalité, un trouble psychopathologique chez un parent) pourra avoir des conséquences sur le développement du bébé. Pour qu'une communication efficace soit possible, il faut que l'intégrité du système physiologique et du système de communication (système moteur et nerveux central générateur du message et de sa compréhension) soit intacte mais aussi que le parent ait la capacité de comprendre la communication et d'agir en conséquence. (40)

Lors d'une situation de stress, le bébé mobilise toutes ses capacités de régulation afin de maintenir un état d'organisation stable. Pendant ce temps, il lui est impossible de poursuivre des interactions constructives. Une collaboration avec l'adulte est alors nécessaire afin de

maintenir un équilibre homéostatique. Ce processus de **collaboration dyadique** fait donc partie du système de régulation du bébé. Par exemple, lorsque le bébé a froid, ses processus internes vont lui permettre de réguler sa température corporelle en changeant de position ou en augmentant son activité physique mais les parents peuvent également le prendre contre leur corps pour le réchauffer (processus externe). Une communication est alors nécessaire entre les systèmes central et périphérique du bébé afin de maintenir cette température corporelle. Les parents en utilisant les signaux du bébé qu'ils soient actifs (pleurs, mimiques faciales) ou passifs (modification de la couleur des téguments) adapteront leur portage pour aider cette régulation physiologique. Une *régulation émotionnelle* entre le bébé (manifestations vocales et faciales) et le parent (reconnaissance des expressions faciales) aura également lieu, démontrant ainsi l'existence d'une communication entre les éléments internes du bébé et les éléments externes, les parents. (40)

La **régulation mutuelle** aurait donc un impact sur le corps et le comportement du bébé mais aussi un impact au niveau cérébral: la régulation mutuelle permettrait d'augmenter la production de cellules hippocampiques et la production de neurotransmetteurs. La structure et l'architecture neurochimique cérébrale seraient ainsi modifiées. (40)

Tronick et Weinberg ont défini plusieurs **types de comportements affectifs** chez le bébé qui se définissent en fonction du visage, de la voix, des gestes et des regards du bébé: comportement avec *engagement social*, *protestation active*, *engagement objectal* et *retrait passif*. A travers ses comportements, le bébé va exprimer un état affectif et son engagement dans l'interaction. Cette communication du bébé a pour but de modifier le comportement de son parent pour permettre une meilleur adaptation de celui-ci. (40)

Pour *Tronick et Weinberg*, même si cette communication se fait sur un plan analogique et non verbal, la répétition de ces séquences interactives va permettre de mettre en place une structure narrative (transmission séquentielle de messages affectifs) qui est un pré requis au langage. (40)

La communication entre la mère et son bébé ne sera pas uniquement synchrone et réciproque: il existe des états dyscoordonnés qui sont des erreurs de communication interactive normales. La régulation mutuelle permettra la régulation de ces erreurs interactives et l'élaboration conjointe de stratégies de communication. Cette capacité de réparation

possible et la répétition de ces expériences vont développer le sens du soi de manière cohérente, continue et stable. (40)

B. Conscience dyadique

Tronick et Weinberg considèrent que le bébé a un **état de conscience**, c'est-à-dire qu'il a la capacité cérébrale d'organiser seul son état affectif de manière cohérente. Il va manifester cet état de conscience à travers son corps en utilisant les gestes, la voix, les regards... Les interactions avec la mère vont permettre au bébé de complexifier et de stabiliser progressivement son état psychique. La dyade mère-bébé est ici un système dynamique ouvert qui possède des invariants sur lesquels le bébé va pouvoir s'appuyer. Cette collaboration entre deux individus correspond à la «**conscience dyadique**». Elle permet à chaque partenaire de percevoir plus d'informations que lorsqu'il est seul et de développer ainsi son état de conscience. Le bébé va ainsi pouvoir prendre conscience de lui-même, de son environnement et des personnes qui l'entourent. La perception de ce développement de son état de conscience va être une source de motivation pour le bébé afin de poursuivre les interactions sociales et la communication avec l'autre. (40)(63)

X. Les rythmes

La perception de la rythmicité débute in utéro avec les bruits réguliers (bruit cardiaque et respiratoire) et irréguliers (bruits digestifs).

Pour *Guedeney et coll.* la synchronisation des rythmes entre les parents et le bébé passe du rythme biologique durant la grossesse, impliquant des hormones comme l'ocytocine, aux échanges symboliques rythmés. Cette synchronisation est l'élément de base qui va permettre au bébé de jouer, de découvrir l'intersubjectivité et l'accès à la symbolisation. (78)

D'après *Marcelli*, les premières pensées du nourrisson concerneraient la temporalité des interactions. Au fur et à mesure des expériences d'interactions, le bébé sera capable d'imaginer et d'anticiper la suite des interactions. (13)

Pour *Marcelli*, l'hallucination du sein maternel ne serait qu'un substitut du sein et donc ce ne serait pas une pensée en tant que telle puisqu'il n'existe pas de décalage, en tant

qu'équation symbolique. Les premières pensées ne seraient alors pas une image d'un objet attendu mais serait plutôt: «Après ça, il y a aura autre chose». (26)

La rythmicité des expériences est importante pour le bébé car elle lui donne l'illusion d'une continuité. Cette dernière va assurer une base de sécurité interne au bébé. (16)

Haag remarque que les manœuvres rythmiques protègent les enfants des angoisses primitives, liées à la séparation. Le rythme «organise le chaos de l'être au monde». (16)

Dans certaines pathologies comme l'autisme, les enfants chercheront à recréer cette continuité sécurisante grâce à des mouvements rythmiques (balancements, stéréotypies). (104)

Pour *Marcelli*, il existe des **microrhythmes** qui dépendent de la relation à l'autre et des **macrorhythmes** qui correspondent aux éléments quotidiens comme le sommeil, les repas, les changes... (105) Les macrorhythmes vont permettre le développement des capacités de mémorisation, d'anticipation, mais aussi du sentiment de continuité d'être. Les microrhythmes qui ont lieu lors d'échanges ludiques, provoqueront de la surprise, de l'étonnement voire de l'incompréhension chez le bébé. C'est la perspective de retrouvaille avec l'autre et de régularité qui permettra au nourrisson de supporter ces moments d'incertitudes. Les éléments variables des microrhythmes permettent de maintenir une bonne capacité d'attention. Le nourrisson cherchera de manière active les stimulations et l'interaction avec son parent. Plus tard, les microrhythmes seront sources de plaisirs et favoriseront les apprentissages. (104)

Le renouvellement des expériences de manière rythmique aura une fonction de contenance chez le nourrisson qui lui assurera une base de sécurité pour lui permettre de développer ses pensées. En effet, la pensée apparaîtrait lors de périodes d'absence, mais celle-ci ne pourrait se développer que dans l'alternance présence/absence qui donne au nourrisson l'illusion d'une continuité d'être et donc de pensée. (104)

C'est entre autre, à travers le caractère rythmique de l'accordage affectif, de la communication, du dialogue tonique que va se construire la perception d'une intersubjectivité continue au fil de la journée. Pour *Stern*, lors de l'accordage affectif, c'est toute une chorégraphie qui se met en place, avec parfois des faux pas, qui va permettre de créer ou de retrouver le rythme nécessaire à la rencontre intersubjective. Les trois quarts des interactions correspondent à des ajustements, seul un quart permet une communication entre les deux partenaires. (104)

Par ailleurs, n'oublions pas que la rythmicité se retrouve également dans les fluctuations des moments d'attention du bébé qui a aussi besoin de temps de retrait pour maintenir une communication efficace avec le parent. (104)

XI. La notion d'attention et de format

A. La notion d'attention

La notion d'attention a été développée par *Bruner*. L'attention, contrairement à l'attente, n'a pas de but précis à priori. L'attention est un état d'alerte actif qui laisse l'esprit ouvert et disponible. (9) *Bruner* nous propose une classification des états d'attention en fonction de l'âge du bébé.

De 0 à 3 mois: échange de regards (20)

Lors de cette période les échanges visuels durent entre une et deux minutes maximum. C'est principalement la mère qui est à l'initiative de ces échanges.

De 3 à 6 mois: attention partagée (20) (21)

Le bébé va de plus en plus initier l'interaction visuelle avec sa mère lors de périodes d'éveil calme. C'est également par le regard (détournement des yeux puis appauvrissement des mimiques faciales) qu'il se désengagera de l'échange. Un jeu interactif va alors se créer entre les engagements et les désengagements des deux partenaires. Le regard vient ponctuer ces séquences de communications. Cette attention partagée ouvre ainsi le bébé à une aire transitionnelle où le jeu et la création apparaissent (*Winnicott*).

La mère va accompagner ces moments par des paroles qui concernent le plus souvent les *émotions partagées* qu'elles soient positives ou négatives. En plus du contenu du discours et de la prosodie, elle va imiter en miroir et de manière amplifiée les expressions de son bébé, ce qui permet au bébé de donner progressivement sens à ses émotions. Ainsi se met en place l'attention partagée.

Lorsqu'il existe une discordance entre la prosodie, les mimiques et le dialogue tonique, le bébé ne pourra donner sens à ses émotions.

De 5/6 à 9 mois: attention conjointe (20)

A partir de 4/5 mois, la mère utilise de plus en plus un objet qui va faire tiers entre son regard et celui de son bébé: sa main d'abord puis un doudou... La mère cherche à attirer l'attention de son bébé vers son environnement. La mère et son bébé se regardent puis la mère va détourner son attention vers l'objet puis le regard du bébé attiré par ce détournement, va à son tour regarder l'objet. Le bébé et sa mère vont ainsi regarder ensemble l'objet, centre d'une attention conjointe. La mère peut également soutenir et aider son bébé à diriger son regard sur l'objet en le bougeant, en lui parlant... La mère va nommer l'objet, le décrire. Le partage émotionnel et la mise en sens s'ouvre donc ainsi vers l'extérieur de la dyade.

De 9 à 18 mois: le pointage (20) (43)

La mère va d'abord pointer l'objet de l'attention conjointe puis le bébé l'imitera. Il pourra ainsi désigner l'objet qu'il souhaite: *pointage proto impératif*. La mère va mettre en mots l'objet désiré lors d'une interaction et d'un échange de regards. Le *pointage protodéclaratif* apparaît vers 8 à 10 mois. Le bébé va alors pointer du doigt l'objet tout en regardant sa mère pour lui signifier son désir. Le bébé n'a alors pas l'intention de partager cet objet avec sa mère. La mère, en ne répondant pas de suite à sa demande, va ouvrir un espace transitionnel, un espace de jeu interactif.

Le pointage *proto-déclaratif* est un précurseur du langage: signifier quelque chose à l'autre. Le bébé cherche à partager l'émotion que suscite l'objet avec sa mère.

B. La notion de formats

Pour Bruner, les **proto-conversations** sont issues des premières interactions. Les jeux entre la mère et son enfant, la manière dont la mère va interpréter les premières tentatives de communication, et les objets d'attention conjointe sont des éléments importants dans les proto-conversations. Pour lui, un système préprogrammé permet bien d'acquérir le langage («langage acquisition device») mais il existe aussi un «langage acquisition support system» qui utilise les proto-significations corporelles et les interactions avec un autre pour induire le système précédent. Dans la protoconversation la mère agit comme si l'enfant pouvait avoir des intentions, un monde mental riche et va lui répondre comme s'il avait été capable de les exprimer. (8) (9) (26)

Les protoconversations marquent une première étape avant l'apparition des «formats». (8)

Pour Bruner, les **formats** correspondent à des «modèles d'interactions standardisées» entre la mère et son enfant dans lequel chaque partenaire a un rôle à jouer. Le format est donc un *système de communication* qui va se complexifier progressivement pour aboutir au langage. Les formats vont permettre d'échanger des concepts entre la mère et son enfant. Ce sont des précurseurs de la communication verbales.(8)

Pour Bruner il existe **quatre types de formats**:

- *L'attention conjointe*: jeux de repérage, lecture de livres.
- *L'action conjointe ou l'interaction avec l'objet*: correspond à une activité partagée entre le bébé et sa mère qui inclut un objet extérieur (jeu du « coucou-beuh », (retirer et remettre) la bobine).
- *Les interactions sociales*: dire bonjour, au revoir, merci.
- *Les «Pretend episodes»* de survenue plus tardive (jeu de faire semblant).

Par la suite les *formats* formeront des intentions expressives (actes illocutoires). (8)

L'attention conjointe qui permet la réunion du regard du bébé et de la mère sur un même objet permet la perception des intérêts et de la pensée de l'autre, élément nécessaire à l'accès à l'intersubjectivité. (55) A partir de compétences innées et des protoconversations, le bébé va progressivement apprendre des modèles d'interactions généralisées, «formats», précurseurs de la communication verbale. L'acquisition de l'attention conjointe, du pointage proto-déclaratif et du jeu de faire-semblant sont des éléments nécessaires au processus de symbolisation et à l'accès à la théorie de l'esprit.

XII. **Protoconversations**

A. **Protoconversations**

Stern et Trevarthen ont également travaillé sur la notion de protoconversations. Pour eux les protoconversations débutent à partir de 6 semaines environ. C'est *Bateson* qui a introduit le terme de «protoconversation» en soulignant son intérêt dans le développement du langage.(41)

La **protoconversation** est un «langage non verbal, régulé par des affects dynamiquement relationnels et un sens «narratif» de sentiments et d'intérêts divers», selon *Trevarthen*. (41)

Dans cet échange, lors d'un jeu ou d'une chanson, c'est l'enfant qui est meneur, qui initie la communication et la mère qui lui répond. (41)

Le nourrisson répond par des vocalisations, des mouvements corporels rythmés et synchronisés. Progressivement, les expressions de communication utilisées par le bébé, vont être plus précises, plus spécifiques et plus complexes. Ces changements suivent le rythme de ses développements perceptifs et moteurs.(41)

Lors des premières semaines, le nourrisson et sa mère vont s'ajuster émotionnellement et réciproquement l'un à l'autre. (52)

A partir de 6 semaines, les **protoconversations** apparaissent sur un rythme adagio. La communication se fait tour à tour par les échanges de regards, l'imitation directe, la coordination des gestes du bébé sur la voix des parents. (41)

A l'âge de 3 mois, l'enfant et ses parents vont passer d'une protoconversation à des **jeux corporels** (chansons enfantines, chatouillements, jeu du «coucou-beuh», taper dans les mains...). Ces jeux ont pour caractéristiques d'être rythmés, répétitifs, réguliers, et de contenir les émotions et les débordements de l'enfant. (41)

Après 4 mois, il s'intéresse d'avantage aux états affectifs et aux variations thymiques de ses parents. Il va préférer les jeux d'imitations qui concernent les émotions. (41) (63)

Les conduites de «référence sociale» décrites par *Sorce* apparaîtront ensuite. L'enfant avant de débiter une nouvelle relation avec un inconnu ou une nouvelle exploration, va se tourner vers un de ses parents afin de voir, selon leur réponse, s'il peut ou non s'engager vers la nouveauté. (63)

Après 6 mois, l'attention du bébé va se tourner vers les objets. (63)

A partir de cet âge, trois bébés peuvent communiquer de façon productive sans la présence d'un adulte. Les bébés sont donc alors capables d'initier et de poursuivre une communication triangulaire. (41)

Pour *Trevarthen*, il existe une intelligence sociale qui permet au nourrisson d'intégrer les informations recueillies dans les différentes modalités sensorielles dans le but de communiquer. Cette intelligence innée rend possible les apprentissages culturels qui

favorisent le développement psychologique de l'enfant. Le bébé est capable de manifester des signaux de communication qui seront reconnus par n'importe quel adulte et qui provoqueront une réponse de sa part. Ces signaux sont distincts des signaux adressés à sa mère lorsqu'il recherche la satisfaction de besoins ou le réconfort car ils ne provoqueront pas de réponse d'une autre personne. (41)

La communication chez l'enfant dépend à la fois de ses capacités à pouvoir communiquer mais également de la motivation inconsciente de ses parents à vouloir communiquer avec lui. Cette motivation chez les parents dépend surtout de la qualité d'investissement de leur enfant. Pour qu'il y ait communication, les deux partenaires doivent y éprouver du plaisir. Si la capacité de communication innée du bébé n'est pas soutenue par un désir parental et des réponses de leur part, le nourrisson cessera ces tentatives de communication. S'il ne faut pas sous-stimuler le bébé, il ne faut pas non plus le sur-stimuler. Comme nous l'avons déjà évoqué des temps de retrait lui sont nécessaires. (106)

Tronick et Cohn ont mis en évidence que trois quart des interactions étaient des réajustements et que seul un quart correspondait à une communication où un partage, un échange d'informations peut avoir lieu. (41)

Brazelton a remarqué que toute communication entre la mère et son bébé se fait de manière cyclique. L'enfant alterne les moments d'éveil actif avec les moments de retrait. Dans les interactions harmonieuses la mère va synchroniser son rythme avec celui du bébé et va donc communiquer avec lui en respectant ces cycles. (36)

B. Expérimentation «Still face»

L'expérience du «Still face» est une méthode expérimentale qui permet d'étudier les protoconversations entre le bébé et sa mère.

En 1978, *E. Tronick et coll.* réalisait l'**expérimentation dite «still face»**. Ils ont demandé à des mères de se placer face à leur bébé (âgés de 1 à 4 mois) et de rester le visage impassible, en ne répondant pas à leurs sollicitations. Après une vingtaine de secondes, ils ont constaté que les bébés s'agitaient, lançaient des appels à la communication (sourires, vocalisations,

gestes), puis détournait le regard. Les traits de leurs visages étaient ensuite tombants, leur donnant un air «sérieux». Les bébés étaient alors en retrait relationnel et cherchaient à s'autoapaiser en suçant leurs pouces ou en se balançant.

Le visage maternel est donc un élément d'étayage affectif très important pour le bébé.

En 1985, *L. Murray et C. Trevarthen*, ont poursuivi cette recherche en plaçant grâce à un système spécifique de vidéo, des bébés de 2 mois devant des écrans où apparaissaient dans un premier temps le visage de leur mère en direct et en interaction avec eux puis dans un deuxième temps des séquences filmées antérieurement du visage de la mère. Dans ce deuxième temps, le visage de la mère ne répondait donc plus aux mimiques du bébé. Après une période de confusion, le bébé exprimait des signes de détresse et se plaçait en position de retrait émotionnel. Lorsque la communication avec la mère est à nouveau en direct et ajustée aux expressions du bébé, celui-ci a besoin d'un certain temps pour dépasser cette perturbation et avoir une interaction adaptée. Cette expérience démontre que non seulement la présence dynamique du visage de la mère est indispensable pour le bébé mais que l'ajustement de la mère à ses affects l'est également. (41) (15)

XIII. Accordage affectif et Sens du Soi

Stern (1934-2012) est un pédopsychiatre et psychanalyste américain. Ses travaux de recherche sur le développement de l'enfant et ses relations interpersonnelles sont nombreux. Comme nous l'avons vu, il a travaillé sur la prosodie maternelle, les capacités d'imitations du bébé, l'amodalité perceptive ou encore les protoconversations.

Dans *Journal d'un bébé*, *Stern* imagine à travers le regard d'un bébé comment celui-ci met en lien les expériences et les interactions qu'il vit au cours de sa journée. Il y décrit le processus d'intersubjectivité et de subjectivation qui se mettent en place au fur et à mesure des mois. C'est le sentiment continu d'exister qui permet au bébé de relier les différents moments de la journée. (14) (45)

A. Accordage affectif

Nous ne reviendrons pas sur les protoconversations que nous venons de développer mais il nous semble important de souligner que l'accordage affectif s'appuie sur les protoconversations. (41)

Stern a décrit le concept **d'accordage affectif** qui a lieu lors de l'interaction mère-enfant. Pour *Stern*, l'accordage affectif correspond à l'élargissement des comportements d'imitation de la mère à un partage intersubjectif de l'affect. (64)

Il devient donc particulièrement opérant après 6 mois, moment où l'enfant accède à l'intersubjectivité de manière stable. Alors que c'était principalement la mère qui s'accordait à son enfant, celui-ci devient capable d'en faire de même. (14)

Il existerait cependant des précurseurs de cet accordage affectif dès les premiers mois de vie. (13)

L'accordage affectif peut être *unimodal* c'est-à-dire passer par le même canal de communication ou *transmodal*: la mère va répondre à son bébé dans un autre canal que celui qu'il a utilisé (ex: bercements lors de cris). La réponse de la mère n'est donc pas une simple imitation de l'affect qu'exprime le bébé. L'accordage affectif va se faire selon les caractéristiques suivantes: le rythme, l'intensité et/ ou la forme. Il peut être *immédiat* ou *différé*, en fonction du temps de réponse du parent au signal du bébé. Enfin, les réponses peuvent être *atténuées* ou *amplifiées*. Chaque dyade mère bébé va ainsi développer son propre *style interactif*. (13) (26) (64)

L'enfant et ses parents vont partager leurs émotions mais l'adulte va également transmettre à l'enfant ses fantasmes et ses identifications transgénérationnelles. (13) (26)

Stern différencie *l'accordage affectif*, «communion interpersonnelle» (partage de l'expérience de l'autre sans chercher à modifier ses actions ou ses croyances) de la *communication* qui a lieu entre une mère et son bébé et qui a pour but, par la transmission d'une information, de modifier le comportement de l'autre. Pour lui, la communication a lieu lorsque la mère répond à son bébé, cherche à le calmer, à renforcer un comportement ou encore à initier un jeu habituel. (64)

Il différencie également la capacité d'*empathie* de la mère qui est de l'ordre du conscient de l'*accordage affectif* qui a lieu de manière inconsciente, automatique. Cependant il existe une «résonance émotionnelle» dans les deux cas. (64)

L'accordage affectif peut être manqué intentionnellement par la mère qui va s'apparier par excès ou de manière insuffisante au comportement de son enfant en fonction de l'intensité, du rythme ou de la forme, dans le but de faire augmenter ou diminuer le niveau d'activité du bébé. Cet accordage «manqué à dessein» correspond à la capacité d'«*ajustement émotionnel*» de la mère. (64)

Les accordages peuvent aussi être manqués sans but intentionnel. Le défaut d'accordage rendra l'accès à l'intersubjectivité et à la subjectivité plus difficile pour l'enfant. (64)

B. Les enveloppes protonarratives

Stern définit les enveloppes protonarratives comme «les représentations abstraites dont le bébé fait l'expérience, (qui) ne sont pas des images, des sons, des touches et des objets qu'on peut nommer, mais plutôt des formes, des intensités, des figures temporelles, soit des caractères plus globaux de l'expérience.» (64)

Le nourrisson va progressivement reconnaître le «style interactif» de ses partenaires principaux notamment lorsqu'il y a accordage affectif, c'est-à-dire des «représentations d'interactions généralisées» ou «enveloppes protonarratives». Dans la répétition des expériences interactives, le bébé va repérer les invariants qui vont permettre d'élaborer des «représentations d'interaction généralisées». (13)

Pour *Stern*, la réalité psychique du bébé est composée de différentes unités temporelles élémentaires et indépendantes. L'enveloppe protonarrative représente cette *unité de base de la vie psychique* du bébé. (14)

Pour lui, l'enveloppe proto/prénarrative se construit «dans une interaction constante avec l'identité narrative individuelle des parents ou des pourvoyeurs de soins, et celle, collective, de leur communauté culturelle d'appartenance». (13)

C. Sens du Soi

Le *sens du soi* est défini par Stern comme le sentiment «d'être avec». Il serait partiellement programmé à la naissance. Le *sens du soi* va ensuite évoluer en passant par différents niveaux d'organisations partant du *Soi émergent* pour aller au *sens du Soi*. Chaque niveau d'organisation va venir s'ajouter et compléter le précédent. Le développement que nous propose Stern est donc celui de l'émergence d'un self verbal. (56) (64)

Dans *le monde interpersonnel du nourrisson*, Stern va définir le «**Sens de Soi**». (13) (11) (64)

- «**Soi émergent**» (Dès la naissance et jusqu'à 2 mois)

Le nourrisson serait «préprogrammé pour avoir conscience des processus d'organisation de soi». Ainsi le nourrisson ne passerait pas par un moment d'indifférenciation total. Il serait également programmé pour répondre à des événements relationnels et sociaux. Pour Stern, il n'y a pas de phase autistique. (32)

- «**Soi noyau**» (Entre 2 et 7 mois)

Le Soi est une unité physique séparée, capable de produire des activités, de faire des expériences et de montrer ses affects, dans une continuité temporelle. Cette période correspond au début de la représentation du lien interpersonnel. Le bébé se ressent comme physiquement distinct de sa mère. (56)

Il n'y aurait pas de phase symbiotique. (32)

- «**Soi subjectif**» (Entre 7 et 18 mois)

Le bébé se ressent comme psychiquement distinct de sa mère: il accède donc à l'intersubjectivité. (56) Il va alors être en recherche d'une *communication intersubjective*. Le bébé découvre ses sentiments propres qu'il va pouvoir partager ensuite avec l'autre. (32)

Pour Stern, le bébé va découvrir à travers ses expériences que ses éprouvés internes vont se reproduire et qu'il peut les partager avec le monde extérieur, pour lutter contre le sentiment de solitude. (52)

- «**Soi-narratif**» ou «**Soi verbal**» (Vers 3 ans) L'enfant pourra raconter des émotions intérieures mais également des événements extérieurs à son entourage. Les «représentations d'interaction généralisées» vont permettre la création du soi-narratif. (32)

XIV. Précurseurs corporels de la communication (Etude PILE)

Actuellement des études sont en cours concernant des précurseurs corporels et comportementaux qui permettent à l'enfant d'accéder au langage verbal, comme par exemple, l'étude PILE (Programme international de recherche sur le langage de l'enfant) dirigé par le Pr. Golse à l'hôpital Necker-Enfants malades. Cette étude a pour but de dépister les troubles de la communication apparaissant dans la première année afin de les prendre en charge le plus précocement possible. L'hypothèse de Golse et de son équipe est que pour qu'une communication verbale puisse se mettre en place il doit exister au préalable une communication analogique adaptée et efficace entre le bébé et ses parents.(56)

L'étude porte sur des bébés entre 3 et 9 mois qui seront observés ponctuellement jusqu'à l'âge de 4 ans selon leur niveau de développement intellectuel, psychodynamique, et langagier. (56)

Chez les bébés, sont analysés les productions vocales et le regard, éléments qui font partie de la communication analogique. Des pics d'hyperfréquence dans les vocalisations du bébé ont été observés et auraient pour but d'appeler un parent. Les mouvements corporels, comme les variations de rythme des mouvements des bras et des mains, lors d'une interaction dyadique sont également étudiés. Ces mouvements, retrouvés dans de nombreuses cultures qui «parlent» avec les mains pourraient avoir plusieurs fonctions: défensives comme une «enveloppe d'agitation motrice» (Anzieu); à visée communicatives comme dans les «boucles de retour» de Haag; besoin de récupérer par la vision les mots émis perdus (défense transmodale). (13)(18)

Les résultats intermédiaires de cette étude sont très intéressants mais ils posent également de nombreuses questions notamment sur la capacité maternelle à percevoir les pics d'hyperfréquence, et sur le rôle de ces pics dans la construction du langage.

Des études pour nous permettre d'approfondir nos connaissances sur les capacités de communications analogiques restent donc à venir.

LA COMMUNICATION INTERSUBJECTIVE

I. La tétée

La tétée est l'occasion pour la mère et son enfant de communiquer de manière analogique, mais elle participe également au développement de la communication intersubjective.

La mise en place de la tétée est tout d'abord rendue possible grâce aux réflexes archaïques. Le réflexe de foussement permet au nourrisson de se fourir contre le sein de sa mère puis le réflexe des points cardinaux va diriger sa bouche vers le mamelon. Cette activité entraîne une montée de lait chez la mère. La tétée est une des premières interactions entre le bébé et sa mère. (27)

Freud disait déjà que la tétée permettait «l'expérience primordiale de la satisfaction» c'est-à-dire que le bébé va prendre plaisir à se nourrir du lait de sa mère mais aussi de sa présence.

La tétée va satisfaire les besoins alimentaires vitaux pour *Freud*, les besoins d'attachement pour *Bowlby* et le besoin de contact cutané pour *Anzieu*.

Au début de la tétée, le bébé est envahi par la sensation de faim. Dans les premières minutes, il va téter de manière active et ne va pas regarder sa mère. La présence d'autres sources de stimulation pourra alors le déborder. Une fois cette sensation de faim apaisée, il pourra alors explorer son environnement du regard. Lorsque le bébé fait des pauses et que la mère décide qu'il doit recommencer à boire, elle va alors le stimuler par un geste ou une parole, en variant ces stimulations pour que le nourrisson ne s'y habitue pas. La mère va donc permettre au bébé de réguler son attention. Après cette chorégraphie complexe, le bébé finira le plus souvent par s'endormir calmement.(84)

Lors de la tétée, de multiples modalités de communication interviennent et s'expriment dans le holding, l'interpénétration des regards, le toucher ou le peau à peau, le tonus et le dialogue tonique, la prosodie maternelle, les vocalisations du nourrisson, ainsi que le goût du lait maternel et l'olfaction. (36) (107)

Lors de la tétée, le nourrisson serait d'abord plus à même de maîtriser le toucher, le goût et l'olfaction dans une modalité perceptive. En effet, il peut contrôler ces modalités perceptives en ajustant le rythme de sa succion ce qu'il ne peut pas faire avec la vision ou l'audition. (56)

Rappelons que la bouche est le premier lieu d'exploration. Les récepteurs des stimuli internes rencontrent les récepteurs des stimuli externes. Lors de la tétée le contact avec le sein (stimuli externes) se fera de manière simultanée avec l'écoulement du lait dans le pharynx (stimuli interne). La perception de sensations internes et externes de manière simultanée va permettre au nourrisson de ressentir un sentiment d'unité. Une confusion entre la limite interne et externe se retrouvera de manière systématique pendant les premiers mois, le temps nécessaire au nourrisson pour passer d'une perception transmodale à une perception modale. (56)

Lors de la tétée, le rythme se construit autour des mouvements de succion. Dans un premier temps, le bébé est capable de percevoir uniquement les choses en mouvement, caractérisé par un rythme. Il va donc rapidement s'apercevoir qu'il est capable de contrôler le rythme de la succion, manière pour lui de contrôler une partie des flux sensoriels. (56)

Pendant ce moment, le rythme cardio-respiratoire de la mère et du bébé vont aussi s'unifier, ce qui va assurer au bébé un sentiment de continuité. (56)

Comme *Marcelli* l'a souligné, la tétée fait partie des macrorhythmes que va rencontrer le bébé. Là encore celui-ci lui permet de ressentir le sentiment de continuité d'être.

La vision et l'audition seraient des modalités perceptives beaucoup plus variées et complexes que le toucher, le goût et l'olfaction. Le nourrisson aurait donc une perception plus chaotique des sensations visuelles et auditives durant les premières semaines. Il pourra cependant segmenter les stimulations visuelles en fermant les paupières pour essayer de contrôler les flux sensoriels provenant du rythme des mouvements du visage ou du regard de sa mère. Dans les premiers temps, la vue et l'audition assureraient d'avantage un fond continu au bébé alors qu'il pourrait explorer de manière modale le toucher, les odeurs et le goût. (56)

Avec la répétition de l'expérience des tétées, le nourrisson maîtrisera de mieux en mieux ses perceptions. Il intègre ses perceptions auditives progressivement en faisant le lien avec ce qu'il voit car plus le bébé exerce la comodalité, plus il devient performant et capable de percevoir l'ensemble des canaux sensoriels de manière comodale. (56)

Ainsi, le nourrisson pourra percevoir les paroles de sa mère. Lors des tétées la mère va expliquer à son enfant les sentiments ou sensations qu'il rencontre comme la faim, la satiété, ou le plaisir. Cette communication verbale va permettre à la mère d'assurer une fonction alpha (*Bion*): le bébé va mettre en sens ses éprouvés corporels. L'attente du sein va rendre possible l'émergence des pensées.

Pendant les tétées, le nourrisson va aussi éprouver le sentiment de contenance et acquérir le sentiment de continuité d'être grâce au soutien du holding (*Winnicott*) mais aussi de la jonction bouche-sein, objet contenant optimal (*Bick*). Ces deux notions associées au dialogue tonico-émotionnel (*Wallon*), à la notion de peau commune (*Bick, Anzieu*), à l'interpénétration des regards et de la boucle de retour (*Haag*), une première enveloppe corporo-psychique va se former. (5) (69) (95) (97) (101)

Cette enveloppe permettra aussi au sentiment d'intersubjectivité et de subjectivité de se développer.

La tétée, est aussi moment de plaisir partagé pour le bébé et sa mère. Pour *Bullinger*, la fonction hédonique de la tétée est assurée par la posture, la sensation tactile, l'olfaction, la succion, la déglutition, le goût et la satiété. Lors de la tétée, la succession de ses différents éléments renvoie une narration au bébé. (52) (69)

Pour *Graciela C. Crespin*, la maman ne vient pas seulement répondre aux «besoins» de son bébé. Dans cette relation alimentaire existe également une relation symbolique, à travers laquelle la mère, de façon implicite, va partager avec son bébé ses fantasmes inconscients et ses désirs pour son enfant. En effet, lors de troubles de l'alimentation, plus la mère va «remplir» son bébé, plus celui-ci va refuser l'alimentation et ces troubles vont persister si la mère insiste pour le nourrir. Ce comportement peut être perçu comme une tentative pour le bébé de mettre à distance l'intrusivité de sa mère. (22)

Mazet et Stoléru, détaillent les différents types d'attachement observables lors d'une tétée. Le premier a lieu lorsque la mère a une posture adaptée et, qu'elle et son bébé, sont dans une position détendue. Cette position va favoriser l'interaction. Un deuxième type d'attachement se produit lorsqu'un «ajustement sein-bouche» a lieu mais que la mère est dans une position inconfortable, n'arrivant pas à s'ajuster corporellement. Le troisième type correspond à une situation inconfortable pour le bébé et sa mère car «l'ajustement sein-bouche» est difficile. De légers mouvements vont suffire à désorganiser cet ajustement. Là encore, selon les nouveau-nés, la réaction peut être très différente: soit le bébé va chercher à se rapprocher, se blottir contre sa mère soit au contraire il va se raidir, en hypertonie. Il est important de préciser que le bébé a une part active dans cet ajustement postural.

Notons que ces différents types d'attachement sont également observables lors d'un allaitement au biberon: la mère s'adaptant plus ou moins bien aux besoins de son enfant (posture, rythme, position du biberon...). Une période de quelques jours après la naissance, permet souvent au bébé et à sa mère de trouver un équilibre et de s'ajuster corporellement. Des troubles des interactions peuvent cependant persister. (32)(36)

Des troubles de l'alimentation peuvent venir perturber l'interaction et la communication entre la mère et son bébé. (70)

Comme *Brazelton* le répétait aux parents qu'il recevait lors de ses consultations, «le lait ne suffit pas» à le nourrir. Le bébé a besoin de contact social. (82)

Ainsi dès sa naissance, le nourrisson cherche à communiquer. Pour cela, il utilisera ses différents sens. Il va d'abord percevoir le monde extérieur de manière transmodale, puis progressivement grâce, entre autre, aux expériences rythmées de tétées, il va organiser ses perceptions de manière comodale. Il va alors pouvoir percevoir l'environnement extérieur qui l'entoure comme unifié. L'expérience de la tétée, mais également les interactions parents-bébé, vont lui permettre de donner sens à ses sensations. Le bébé va rapidement chercher à partager ses perceptions, à les communiquer. Les parents vont ainsi communiquer de manière analogique avec leur bébé, tout en utilisant la communication verbale pour mettre un sens sur les éprouvés corporels de leur enfant. Cependant le bébé ne maîtrise pas l'ensemble de la communication, n'ayant pas accès de manière permanente à une intersubjectivité continue. D'un sentiment d'indifférenciation initiale, il prend progressivement conscience de l'autre beaucoup plus fréquemment et durablement. (56)

Pour *Meltzer* la tétée serait un temps «d'attraction consensuelle maximale». Lors de celle-ci, le bébé aurait l'impression que toutes ses perceptions sensorielles (odeur, chaleur, image, portage, goût du lait...) provenant du corps de la mère seraient «mantelées», regroupées, formant un ensemble et lui permettraient de percevoir sa mère comme un autre de manière transitoire. **Le temps de la tétée est donc un temps d'intersubjectivité primaire où le bébé perçoit sa mère comme un préobjet.** Après la tétée, la sensation de mantèlement s'efface doucement et le phénomène de démantèlement réapparaît. La répétition de l'expérience de la tétée, et de ces moments de «mantèlement» va permettre au nourrisson de stabiliser sa capacité à accéder à l'intersubjectivité. (14)

L'équilibre entre les phénomènes de mantèlement/ démantèlement, de segmentation et de régulation des états de vigilance va permettre au nourrisson d'accéder au phénomène de mantèlement et donc d'intersubjectivité. En effet, pour que le bébé puisse percevoir que l'objet est extérieur à lui, il faut qu'il appréhende cet objet dans au moins deux modalités sensorielles différentes et simultanément. La mère par sa voix, son portage va venir soutenir cet accès à l'intersubjectivité. (14)

A travers cet exemple, nous voulons souligner comment à travers l'expérience de la tétée la communication intersubjective se met en place. Bien évidemment, si la mère choisit de nourrir son bébé en utilisant des biberons, la mise en place de la communication intersubjective se produira sensiblement de la même façon.

II. L'intersubjectivité

L'**intersubjectivité** est la capacité qu'a le sujet à ressentir qu'il est différent d'un Autre et que l'Autre se perçoit lui-même comme un individu distinct. (18)(21)

La **subjectivation** correspond à l'étape développementale qui permet à l'être humain de devenir un être capable de penser seul et de se sentir unique. Elle correspond à l'acquisition du «je». (13)

La question de l'intersubjectivité est très complexe et est source de nombreux débats, notamment autour de son apparition qui se ferait soit d'emblée soit progressivement. Aborder la notion de l'intersubjectivité nous semblait indispensable car elle est le point d'articulation entre la communication analogique et l'apparition du langage oral. (18)

Nous n'évoquerons pas dans ce sujet la question du passage de l'intersubjectivité à la subjectivation, sujet très intéressant mais qui se déroule au-delà de l'âge de 6 mois.

Notons simplement que la subjectivation s'origine dans l'intersubjectivité. La subjectivité émerge à partir des capacités personnelles de l'enfant mais aussi de l'interaction avec son entourage. C'est dans la relation à l'autre que l'individu va se construire. (14) (21)

Nous évoquerons de manière brève les trois principales théories actuelles sur la période d'émergence de l'intersubjectivité chez l'enfant.

- La *première* envisage un **développement progressif de l'intersubjectivité**.

Pour certains psychanalystes, la différenciation se fait de manière dynamique et progressive, à partir d'un état d'indifférenciation primitif entre la mère et son bébé. Elle se déroule à la fois sur le plan extra et intrapsychique. Cette vision du développement s'appuie sur les observations cliniques des enfants et sur les pathologies de type archaïque (autisme, psychose). (13) (18) (14)

- La *deuxième* concerne l'existence d'une **intersubjectivité présente dès la naissance**

Cette théorie est soutenue entre autres par *Stern, Meltzoff et Trevarthen*, qui pensent que le bébé est capable d'intersubjectivité dès les premiers instants de vie. (32) L'intersubjectivité a d'abord été définie par *Tronick*. *Trevarthen* a ensuite différencié l'intersubjectivité primaire de l'intersubjectivité secondaire. (40)

L'intersubjectivité primaire serait en quelque sorte génétiquement programmée. Ainsi le nourrisson naîtrait capable de percevoir les états subjectifs c'est-à-dire les *états émotionnels* de l'autre. Pour *Stern* et *Trevarthen*, le nourrisson est capable de percevoir, de mémoriser, de se représenter l'environnement qui l'entoure et d'interagir avec lui selon ses désirs. Le bébé

est «l'agent» de ses actions (processus d'agentialisation de *Stern*). (13) *Trevarthen* nomme également cette intersubjectivité intentionnelle innée «état initial psychosocial». Pour lui, l'«intelligence sociale du nourrisson est une condition préalable, nécessaire mais non suffisante au développement psychologique de l'enfant, à travers l'apprentissage culturel». (41)

L'intersubjectivité secondaire apparaît à partir de 7-9 mois. L'intersubjectivité secondaire est la *prise de conscience par le bébé de sa capacité à percevoir les émotions des autres*. Le bébé et sa mère, ayant ainsi conscience l'un de l'autre et la possibilité de communiquer entre eux, vont alors diriger leur attention vers un objet afin de l'explorer. L'attention conjointe et le pointage protodéclaratif marquent l'accès à l'intersubjectivité secondaire. (41) (63)

Pour *Trevarthen*, pour que le nourrisson puisse être capable de *communiquer* avec l'autre, il doit avoir deux compétences, au moins de manière rudimentaire:

- La **subjectivité**: c'est la conscience d'être un individu capable d'intentions. Cela nécessite de pouvoir créer des liens avec les objets, entre les situations et de pouvoir anticiper les conséquences de ces actions.
 - L'**intersubjectivité**: c'est la capacité d'adaptation, d'ajustement d'un individu à la subjectivité d'un autre. En contrôlant ses actions, il démontre qu'il est capable d'intentions.
- Pour *Trevarthen* le nourrisson aurait donc cette capacité dès la naissance et pourrait donc bien communiquer. (41)

Pour *Stern* et *Trevarthen*, le bébé est capable d'intersubjectivité mais aussi d'une certaine subjectivité dès la naissance, ce que *Stern* décrit comme le Sens du Soi.(64) Mais à la différence de *Trevarthen*, *Stern* ne va pas différencier l'intersubjectivité primaire et secondaire. (64)

Stern précise que la *perception transmodale* va permettre au nourrisson de percevoir un monde unifié et que *l'accordage affectif* avec sa mère lui permettra d'accéder à l'intersubjectivité. (64)

- La troisième voie soutient l'existence d'une **alternance entre moments d'indifférenciation et moments où l'accès à l'intersubjectivité est possible.**

Cette troisième voie est notamment soutenue par *Golse*.

Pour *Golse*, l'accès à l'intersubjectivité se ferait de manière dynamique dans l'alternance de moments d'intersubjectivité possibles d'emblée mais furtifs, avec des moments d'indifférenciation. Le but du nourrisson, aidé par les interactions avec ses parents, sera de stabiliser et de prolonger progressivement les temps d'intersubjectivité. (13)

Pour *Golse*, cette évolution vers une intersubjectivité stable ne peut se faire sans l'existence de noyaux d'intersubjectivité primaire existant chez tous les enfants y compris chez les enfants autistes ou psychotiques. La convergence de ces noyaux d'intersubjectivité primaire permettrait l'accès à l'intersubjectivité. Même acquise, l'intersubjectivité n'est pas «une donnée définitivement stable» et pourra se remettre en question lors de certains événements de vie (amour, partage d'émotions, expériences groupales...). (13)(18)

L'accès à l'intersubjectivité pose également le problème du deuil de l'objet primaire et suppose qu'une séparation s'opère entre la mère et son enfant. (13) (2)

L'accès à l'intersubjectivité sera possible lors des moments de **mantèlement** des sensations qui existent lors des tétées. (13)

Pour *Golse*, «la mise en rythmes congruents des différents canaux de communication de la mère et du bébé permet le contact et l'émergence progressive de l'intersubjectivité». C'est grâce au rythme des interactions, associé aux émotions et aux représentations, que va naître la pensée. (13)

Ciccone considère que les mouvements corporels, les interactions visuelles et les contacts corporels soutenus ou évités sont des «indices corporels et posturaux» d'une intersubjectivité primaire. (62) (96)

L'enfant, après avoir alterné les moments d'indifférenciation et les moments de perception de sa *subjectivité*, va progressivement construire un sentiment d'exister continu et stable. Ce sentiment apparaîtra vers l'âge de 20 mois lorsqu'il pourra s'approprier la parole. (28)

Marcelli préfère utiliser le terme de **trans-subjectivité à celui d'intersubjectivité** pour désigner l'étape qui précède la subjectivation. (20)

Pour *Marcelli*, en posant son regard sur son bébé, la mère fait de lui un être unique. Il en est de même lorsque le bébé la regarde et fait d'elle une mère. Il nomme ce double transfert de subjectivité la «*trans-subjectivité*». (20)

L'adulte reconnaît les émotions lors des mimiques du bébé, va les nommer et va leur donner sens. Il en fera de même avec le rythme cardiaque, respiratoire et le tonus musculaire. La **transsubjectivité** est donc le *sens qu'un tiers apporte aux émotions et aux sensations de l'autre*.

L'enfant prend ainsi conscience de la gamme émotionnelle qu'il peut traverser et va se l'approprier. La reconnaissance des émotions se fait donc grâce à la transmission humaine.(30) Lors d'une interaction, l'enfant va reproduire les mimiques exagérées de l'adulte (neurones miroirs et capacité d'imitation) et va renvoyer un sens à l'adulte qui le conforme généralement dans son hypothèse émotionnelle.

Pour *Marcelli*, l'intersubjectivité est décrite comme uniquement unilatérale car la mise en sens va d'une personne à une autre (de la mère au bébé). Il y préfère le terme *de trans-subjectivité* car pour lui le bébé donne autant sens à la mère que réciproquement. (21)

Pour lui, lorsque l'enfant va utiliser le pointage proto-impératif, le parent va nommer l'objet qu'il pointe. Cette reconnaissance du désir de l'enfant va lui permettre de prendre conscience de son propre désir. C'est à ce moment que la *trans-subjectivité* va disparaître au profit de l'*intersubjectivité* (à partir de 9 mois). Quelques semaines après, le bébé accèdera au pointage proto-déclaratif.(21)

L'accès à l'intersubjectivité serait donc rendu possible par le détour par l'autre lors de l'attention partagée, de la présentation en miroir et du passage du pointage proto-impératif au proto-déclaratif. (21)

Enfin *Braten* nous propose une **autre définition de l'intersubjectivité**. Il observe trois types de significations de la notion d'intersubjectivité:

- La communion entre le bébé et sa mère qui échangent au niveau de leurs états émotionnels dans une «proto-conversation dyadique».
- A partir du second semestre apparaît avec l'attention conjointe, une «conversation extralinguistique et linguistique».
- Et plus tardivement, «la théorie de l'esprit» dans laquelle l'enfant prend conscience de ses états subjectifs et de ceux de l'autre.(32) (108)

Pour lui, l'intersubjectivité est donc ce processus complexe, qui traduit le besoin que l'homme a d'exprimer ses émotions et ses pensées à un autre.

Comme nous l'avons vu, le nourrisson est capable de communiquer, de raconter certains éléments de son vécu en utilisant une narration préverbale. Le nourrisson passera d'abord par une **communication analogique** pour transmettre les informations à ses parents. Grâce à cette relation à l'autre, le bébé va accéder à une forme d'intersubjectivité stable et prolongée dans le temps et la **communication intersubjective** est alors possible. C'est à ce moment que le nourrisson commencera à utiliser une communication digitale en plus de la communication analogique et que les premiers mots vont pouvoir apparaître.

III. Vers la symbolisation et la pensée

Dans cette partie et dans la suivante, nous allons quelque peu élargir les limites de notre sujet pour brièvement aborder le processus d'accès à la **symbolisation**, étape nécessaire à l'accès à la communication verbale et au **langage**. Comprendre comment le passage d'une communication analogique à une communication digitale se réalise pourra nous aider dans notre pratique clinique avec les enfants présentant des troubles de la communication. Les réflexions autour du processus d'accès à la symbolisation étant nombreuses, nous nous appuyerons ici principalement sur la vision de *Golse*.

Nous allons commencer par quelques définitions.

La **symbolisation** est présente lorsqu'une personne arrive à se représenter de manière indirecte et figurée une idée. (12)

Certains auteurs, comme *Roussillon*, différencient la symbolisation primaire de la symbolisation secondaire:

- La **symbolisation primaire** a lieu lorsqu'à partir d'une trace mnésique perceptive d'un objet l'individu va pouvoir accéder à la représentation de cet objet. L'accès à la symbolisation primaire se fera d'abord à travers le jeu puis par le rêve. En effet, l'enfant a d'abord besoin d'éprouver de manière physique un objet concret et d'intégrer les émotions qui découlent de cette rencontre, avant de pouvoir l'intérioriser pour construire une représentation psychique de cet objet. (34) (109)

Il est admis que la pensée naît de l'absence mais il est important de souligner qu'avant d'accéder à la symbolisation de l'absence, une symbolisation de la présence doit être acquise préalablement. (34)

- La **symbolisation secondaire** permet l'association entre la représentation de l'objet et la représentation du mot. Elle est donc nécessaire à l'accès au langage. (34)

Pour *Golse*, la pensée et l'accès aux **processus de symbolisation** est possible grâce aux trois éléments suivants: (13) (14) (26)

- **Double ancrage corporel et interactif** (13)

Le bébé ressent au niveau corporel des éprouvés qui provoquent chez lui un excès d'excitations. Ses éprouvés resteront pour lui non métabolisables si le double ancrage suivant ne peut se mettre en place:

- **Ancrage corporel**: le bébé perçoit d'abord les sensations. La notion d'ancrage corporel s'appuie sur le Moi-corps de *Freud* puis sur les travaux sur le Moi-peau d'*Anzieu* ou le travail sur les enveloppes corporelles de *Bick*, *Haag* et *Houzel*. La pensée est issue des sensations corporelles qui vont progressivement se transformer en perceptions, étape vers la symbolisation. Pour *Anzieu*, la capacité de toucher et d'être touché de manière simultanée constituerait un modèle dont dérive les autres réflexivités sensorielles et permettrait de se penser pensant. (13) (14) (26)

- **Ancrage interactif**: L'ancrage interactif souligne l'importance pour le bébé de passer par l'autre pour mettre en sens ses éprouvés corporels. Soutenu par les interactions avec ses parents, le bébé va faire un travail de tri, de sélection et ainsi mettre en sens ces éprouvés sensoriels et transformer les sensations en perceptions. Le holding de *Winnicott*, ou l'appareil

à penser les pensées de *Bion* vont permettre au bébé d'accéder aux premières représentations psychiques et à la symbolisation. (13) (14) (26)

Ce double ancrage souligne donc bien l'importance de la communication analogique et intersubjective dans l'accès au processus de symbolisation.

Toute entrave au niveau corporel (handicap physique, trouble neurologique), au niveau environnemental ou interactionnel peut donc altérer le processus de symbolisation.

- Traductions successives et stratifiées

Pour *Aulagnier*, les processus originaires, primaires et secondaires vont fonctionner simultanément tout au long de la vie psychique de l'individu. Les processus originaires (ancrés au niveau des sensations) vont permettre la mise en forme; les processus primaires, qui correspondent aux scénarios fantasmatiques, participent à la mise en scène; les processus secondaires (qui permettent l'accès à la pensée et à la verbalisation) participent à la mise en sens. Les processus originaires sont les fondements des processus primaires et secondaires.

Au niveau des processus originaires se trouveraient des signifiants primordiaux, issus d'un travail de catégorisation des contrastes, de délimitation du visage humain et la recherche des contours. Une fois ces signifiants primordiaux repérés, le bébé ferait tout un travail de lien et de combinaison nécessaire à l'émergence des représentations. (13) (14)

- Double dynamique de décentration et d'inclusion progressive du contenant primordial (13)

Dans un premier temps, la mère, objet primaire, va assurer la fonction de contenance nécessaire pour que le psychisme du bébé puisse accéder aux premières représentations. Puis l'enfant va progressivement introjecter les limites et la capacité de contenance de l'objet primaire (introjection de la peau psychique de *Bick*). Il pourra ensuite accéder à la symbolisation et évoquer l'absence de la mère qui passe d'élément contenant à élément contenu. C'est la notion «d'identifications intracorporelles» de *Haag* qui va permettre de théoriser cette bascule. (13) (14)

IV. Vers le langage

Dans cette partie nous allons aborder la question du développement du *langage* qui passe par l'accès à la *communication intersubjective* et la *symbolisation*.

Comme nous l'avons vu, le nourrisson va utiliser ses capacités innées pour communiquer avec son entourage et cette communication analogique va s'enrichir dans les interactions avec ses parents. En effet, le nourrisson est initialement d'avantage sensible à la musicalité de la communication maternelle qu'à son contenu et aux signes du langage. La communication se fait d'abord par l'échange des affects et des émotions avec les parents. Une relation de bonne qualité va venir soutenir le besoin de communication inné du nourrisson. (41)

Bruner souligne bien l'importance des interactions précoces dans le développement du langage chez l'enfant. Pour lui, la mère et le bébé sont dès la naissance engagés dans des actions conjointes qui vont s'enrichir et être de plus en plus élaborées. Par exemple, lorsque le bébé a accès au stade d'attention conjointe, la mère va progressivement nommer l'objet avec un ton et un rythme particulier, ce qui correspond à la *fonction déictique* du langage. A travers le jeu, la mère va ensuite nommer cet objet dans différents contextes et effectuer un travail de «*complicité décontextualisante*». Des conventions dans la communication entre les deux partenaires vont ainsi se mettre en place et seraient nécessaires dans l'acquisition de la grammaire. (11) (36)

Tomasello, rappelle que seul le bébé humain serait capable d'intersubjectivité. Pour lui, l'intersubjectivité est donc l'élément clé de l'émergence du langage.

Pour *Tomasello*, l'acquisition du langage repose sur deux groupes de **capacités cognitives**:

- la capacité de «*lecture de l'intention*» qui serait une capacité innée. Elle est constituée de l'attention conjointe, de la capacité à suivre le regard et le doigt des parents dirigé vers un objet à distance, du pointage proto-déclaratif, et de la capacité d'imitation (des intentions communicatives notamment).
- la capacité de «*détection des schèmes de comportement*» qui repose sur la capacité à catégoriser les perceptions ou les concepts, les schèmes sensorimoteurs, à repérer les similitudes dans des systèmes complexes. (8)

Ces capacités vont être nécessaires à l'enfant pour repérer les invariants dans l'utilisation des signes linguistiques lorsqu'une personne s'adresse à lui. Ces invariants vont ensuite lui permettre de percevoir la grammaire du langage pour pouvoir ensuite la reproduire. (8)

Après 6 mois, le bébé aurait déjà une certaine représentation mentale des *phonèmes* et serait capable d'y associer des *allophones* (variation acoustique d'un phonème; il existe un nombre limité d'allophone par phonème). Or, les allophones sont différents d'une langue à une autre. Selon la langue parlée par son entourage, l'enfant va ainsi distinguer des allophones différents. Il pourra ainsi communiquer avec son entourage dans une langue déterminée. (8)

L'accès à la symbolisation va permettre au langage de se développer et le premier mot va apparaître vers un an. En effet, c'est la capacité de symbolisation qui permet à l'enfant de remplacer l'objet par un mot lors de l'absence de celui-ci. L'enfant va alors utiliser un signe pour transmettre une information. La symbolisation permet également à l'enfant de remplacer une action par une phrase. La communication digitale (utilisation d'une combinaison de signes pour transmettre un message) se met ainsi en place.

La communication se complexifie donc au fur et à mesure que le bébé accède à l'intersubjectivité, à la symbolisation mais aussi de ses apprentissages linguistiques dans la relation avec l'entourage.

La mise en place du langage comme communication nécessite: (56)

- **un développement moteur** satisfaisant au niveau de l'appareil phonatoire pour que celui-ci soit efficace. Toute lésion de cet appareil phonatoire pourra entraver la mise en place du langage.

- **un développement intellectuel** suffisant pour pouvoir accéder aux phonèmes et monèmes, à la variété du stock de vocabulaire et à la diversité du langage.

- **une maturité affective** suffisante pour qu'il existe une volonté de communiquer et d'adapter cette communication au contexte de l'énoncé. Le nourrisson doit ressentir l'intérêt de la communication, c'est-à-dire d'abord observer et ressentir l'effet de celle-ci sur lui-même, avant de pouvoir l'utiliser et de se rendre compte que lui aussi peut toucher l'autre avec le langage. (26) (56) Le besoin d'entrer dans le langage se fera lorsque l'enfant va se sentir différent de l'autre et aura besoin d'établir et de maintenir un lien avec l'autre. (11)

Pour *Golse*, le nourrisson entre dans le **langage** par la **communication analogique**, chargée de la transmission des affects et non pas par la **communication digitale**, symbolique comme l'avait notamment proposé Dolto. (18)

A travers l'ensemble de ces données, nous avons voulu montrer que la **communication analogique** et la **communication intersubjective** sont donc des éléments clefs de la mise en place de la **communication digitale**.

SIGNES CLINIQUES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LE BEBE

Dans cette partie, nous présenterons les troubles et symptômes qui peuvent apparaître chez le bébé lorsque la communication parent-bébé est altérée. Le corps est à la fois un outil de communication pour le bébé mais aussi le premier lieu d'émergence de ses pensées. C'est donc aussi par son corps que le bébé va manifester sa souffrance psychique et signifier que la relation avec ses parents est perturbée. (110)

Nous verrons tout d'abord qu'il existe différentes modalités de *classifications* et que chacune a des limites. Nous présenterons ensuite de manière non exhaustive les *signes cliniques de souffrance psychique* que le bébé peut présenter lorsqu'un trouble de la communication existe:

- les troubles somatiques.
- les troubles tonicomoteurs.
- les troubles de la relation.

Enfin nous verrons les manifestations affectives du bébé et les troubles du pré-langage. L'existence de signes cliniques de souffrance psychique chez le bébé n'a aucune valeur prédictive quant à la suite de son développement psychomoteur. (110)

Graziela C. Crespin distingue deux ensembles de signes de souffrance précoce:

- les troubles «bruyants» qui vont alerter l'entourage et qui vont entraîner des consultations médicales. Il est alors important de ne pas négliger ou ignorer l'aspect symbolique du symptôme.
- les troubles «silencieux» qui passent fréquemment inaperçus et ne feront pas l'objet d'une consultation. Dans certains cas, ces symptômes pourront même être pris pour des signes de bon développement par les parents ou les professionnels. (22)

Les *étiologies* de ces troubles peuvent être liées soit à une pathologie propre au bébé soit à une psychopathologie chez l'un des parents soit à la combinaison de ces deux éléments.

Les pathologies propres au bébé peuvent être somatiques (déficience sensorielle, trouble organique ou génétique). Les troubles de la communication peuvent également être la conséquence d'un trouble de l'attachement, d'un trouble envahissant du développement, d'une dépression, ou d'une déficience mentale. (28) (32)

Pour *Cramer*, psychiatre et psychanalyste genevois, le bébé est susceptible d'«incarner dans son corps ou dans son théâtre comportemental» les conflits intrapsychiques de la mère. Il nomme ce phénomène «**matérialisation**». Lors d'une consultation conjointe, il est important de prêter attention aux comportements du bébé qui vont venir *matérialiser* les fantasmes contenus dans le discours de la mère. Les interactions sont à ces moments pathologiques. (Style d'accordage affectif; holding; interactions visuelles). (11) (26)

Mazet et Stoléru dans *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, définissent les **troubles de l'interaction** selon **plusieurs modalités**:

- **Le niveau de stimulation** (excès ou insuffisance-manque): Un *excès de stimulation* aura lieu lorsque la mère va continuer de stimuler son bébé alors que celui-ci présente des signes de débordement et de désorganisation (détournement du regard, de la tête, tension musculaire). L'*hypostimulation* du nourrisson pourra évoluer, si elle persiste, vers un syndrome de carence affective. Cette hypostimulation peut se rencontrer lorsque la mère n'est pas disponible psychiquement pour son bébé, notamment lorsqu'elle souffre d'une dépression, mais aussi lorsque le bébé va peu se manifester et peu exprimer ses besoins. Ce niveau de stimulation est variable selon chaque bébé. Pour un même niveau un bébé pourra être stimulé de manière excessive alors qu'un autre pourra l'être de manière insuffisante.(32)

- **La réciprocité et mutualité**: Lors des consultations, il est intéressant d'observer les interactions dans la dyade mère-enfant et la réciprocité de celles-ci entre les deux partenaires. En effet, certaines mères peuvent ne pas percevoir les signaux de communication émis par le nourrisson ou alors celui-ci peut être insensible aux stimulations maternelles, voire présenter un évitement actif de la relation. Ces interactions dysharmonieuses peuvent se manifester de manière variée: fuite et évitement du regard, dialogue tonique altéré, absence de prise en compte des cris et pleurs du bébé. Elles peuvent être observées dans toutes les modalités communicatives. (32)

- **Le déroulement temporel**: Normalement après un temps d'adaptation souvent nécessaire aux deux partenaires, une harmonisation des rythmes de la mère et du bébé se met en place et permet au bébé d'acquiescer le sentiment de continuité d'être. Dans les interactions dysharmonieuses, des micro-ruptures peuvent avoir lieu (comme quand par exemple, la mère est attirée par la télévision lors de la tétée) ce qui va entraîner une discontinuité dans la relation. L'interaction ne pourra pas être transformée sur un plan symbolique. La répétition de séquences interactives dysharmonieuses peut entraîner la fixation d'un pattern interactif pathologique. (32)

I. Classifications et échelles

A. Zero to Three

La classification diagnostique utilisée le plus couramment chez l'enfant de 0 à 3 ans, pour évaluer les troubles de la santé mentale et du développement, est la classification **Zero to Three**. Cette classification est internationale et a été réalisée sous la direction de *Greenspan* en 1994. (28) (32)

Elle est composée de **cinq axes**: (28) (32) (111) (112)

- **Axe 1**: diagnostic principal. Il existe 7 catégories: états de stress traumatique, troubles de l'affect, troubles de l'ajustement, troubles de la régulation, troubles du comportement et du sommeil, troubles du comportement alimentaire, troubles de la relation et de la communication
- **Axe 2**: classification du trouble de la relation (Sur-impliquée; sous-impliquée; anxieuse/tendue; irritée/hostile; trouble mixte de la relation; abusive verbalement, physiquement ou sexuellement). Cette évaluation quantitative et qualitative de la relation parentale est possible grâce à une échelle: la *Parent infant relationship global assessment scale* (PIR-GAS) allant de 90 (normal) à 10 (massivement altérée). La limite de la pathologie est située à 40.
- **Axe 3**: affections médicales et troubles du développement
- **Axe 4**: facteurs de stress psychosociaux (aigus ou chroniques)
- **Axe 5**: évaluation du niveau de développement émotionnel en dehors du niveau de développement psychomoteur

L'intérêt de cette échelle réside dans le fait qu'elle prenne en compte les caractéristiques de fonctionnement des parents, les difficultés propres à l'enfant (pathologies spécifiques de la petite enfance) mais aussi l'aspect relationnel et les troubles de la communication. Elle tient également compte de l'aspect développemental des troubles précoces. Cette échelle est donc intéressante car elle propose un système de classification provisoire multiaxiale qui permet un diagnostic proche de la clinique. (28) (32)

B. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA):

La CFTMEA est une classification française élaborée entre autres par *Mises*. Elle est reconnue et fréquemment utilisée par les pédopsychiatres français.

Elle comporte une section complémentaire «axe I bébé» pour les enfants de 0 à 3 ans. Cette section est constituée de deux axes:

- Axe I: axe du diagnostic clinique principal

Dans l'axe I «bébé», nous pouvons retrouver des éléments cliniques qui concernent le nourrisson:

B1: Bébé à risques et troubles sévères du développement

B2: Dépression du bébé

B3: Bébé à risque d'évolution dysharmonique

B4: Les états de stress

B5: Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques

B6: Distorsion du lien

- Axe II : axe des facteurs associés ou antérieurs

Dans l'axe II, figurent les conditions environnementales qui concernent les troubles psychiques chez les parents, les troubles des interactions ou le contexte socio-familial. (28)

(113)

Cette échelle est donc également utilisée en pratique clinique et courante dans les pays francophones.

C. Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

Cette classification intègre les troubles émotionnels de l'enfance sans distinction. Bien qu'incomplète, elle permet de poser un code diagnostique sans que dernier soit définitif. Il tient compte de l'évolution possible des troubles. Elle n'est cependant pas conçue pour le bébé. (28) (112)

D. Diagnostic and Statistical Manual (DSM 5)

Même si le DSM 5 propose une classification chronologique des troubles de l'enfance jusqu'à l'âge adulte, les critères diagnostiques sont peu adaptés aux bébés. Cette classification ne prend pas en compte les troubles spécifiques de la petite enfance ni les pathologies propres au bébé, l'influence que l'environnement peut avoir sur lui et les troubles des interactions parents-bébé. (28)

II. Troubles somatiques

Lorsqu'il existe un trouble de l'interaction et de la communication entre les parents et leur bébé, les troubles somatiques suivants pourront apparaître. Expliquer pourquoi tel organe ou telle fonction somatique vont être perturbés plutôt que tel autre, est un exercice bien difficile. Il sera cependant intéressant de se questionner sur la fonction que le symptôme somatique peut avoir dans les représentations psychiques conscientes et inconscientes des parents. (26)

Il est également important de vérifier, par un examen pédiatrique, qu'il n'existe pas de pathologies somatiques qui puissent expliquer ces troubles. Des examens complémentaires peuvent aussi être nécessaires.

A. Troubles du sommeil

Le temps de sommeil du nourrisson passera de 17 heures par jour en moyenne à sa naissance à environ 15 heures par jour à un an. Les cycles veille-sommeil du nouveau-né étant de 3 à 4 heures, les réveils nocturnes sont normaux jusqu'à 2 mois.

Les troubles du sommeil sont fréquents et vont de *l'insomnie «commune»* (périodes de sommeil brèves entrecoupées de réveils avec cris et pleurs) à des insomnies plus importantes lors desquelles le bébé ne dort que quelques heures avec des périodes de réveils accompagnés de cris importants (*insomnie agitée*) ou au contraire des périodes très calmes (*insomnie calme*). Lors de ce dernier type d'insomnie le bébé reste éveillé, immobile et les yeux grands ouverts.

Les troubles du sommeil peuvent être la conséquence de conditions environnementales et de soins de puériculture non adaptés mais aussi d'une hyperstimulation du bébé par les parents qui ne respectent pas les temps de retrait qui lui sont nécessaires et qui lui imposent ainsi une communication trop soutenue pour lui. Une présence des parents irrégulière et discontinuée dans le temps peut également les favoriser. Les troubles du sommeil du bébé peuvent également être le reflet de conflits intrapsychiques chez le parent, de problématiques transgénérationnelles ou de conflits dans le couple parental. Le bébé peut aussi présenter une hypersensibilité aux bruits et aux stimulations qui le feront réagir rapidement: les capacités d'habituation aux bruits sont alors trop faibles. (28) (32)

B. Troubles de l'alimentation

Comme nous l'avons vu, la tétée est un moment de communion et de communication privilégié entre la mère et son bébé. Lorsque cette communication est altérée des troubles de l'alimentation peuvent alors apparaître. Voici les principaux symptômes que nous pouvons retrouver:

- l'anorexie

L'anorexie primaire est très précoce (dès les premiers jours): le nourrisson, réveillé, va se détourner du sein de manière passive. Ce type d'anorexie est rare et a lieu lorsque le nourrisson ne peut pas faire l'expérience de moments de plaisir lors d'une tétée.

Le nourrisson peut également présenter une *anorexie dépressive*, lors d'une période dépressive chez la mère (deuil, dépression) ou lors d'une séparation. En plus de refuser l'alimentation, celui-ci va présenter une inertie, une apathie, une tristesse et une indifférence au monde qui l'entoure. (28) (32)

Dans certains cas d'anorexie et lors de défaillance maternelle très importante et précoce, le pronostic vital du bébé peut être mis en jeu et nécessite une hospitalisation.

L'anorexie commune du nourrisson se retrouve fréquemment dans le 2^{ème} semestre de vie et est en général sans gravité. Elle est également appelée anorexie de sevrage ou d'opposition. Elle peut être un moyen pour le bébé de signifier qu'il est autre. Il met ainsi une limite aux tentatives d'alimentation proposées par des parents et perçues comme trop intrusives.

Gutton parle d'*anoralité* lorsqu'un nourrisson, malade sur le plan somatique, se comporte de manière passive, indifférente, reste immobile, présente des troubles de la succion et consomme peu de nourriture, sans toutefois la rejeter. (28) (32)

- les vomissements

Les vomissements sont fréquents et le plus souvent fonctionnels et bénins. Ils peuvent cependant, dans les formes sévères, être le marqueur d'une désorganisation psychique importante. (32)

Des vomissements d'*apparition brutale*, peuvent être observés en cas de séparation violente avec la mère, générant une angoisse de séparation importante.

Certains vomissements peuvent se rapprocher d'une forme d'anorexie: la nourriture est absorbée mais rejetée par la suite. (32)

- les régurgitations

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est le trouble le plus fréquemment observé chez l'enfant. Il faut distinguer le RGO physiologique (remontée de lait après un biberon) et le *RGO pathologique*. Ce dernier se manifeste par des régurgitations fréquentes, qui entraînent une douleur et des complications (œsophagite, bronchite, otite...) Des examens pédiatriques cliniques et paracliniques pourront alors être nécessaires. Le nourrisson ayant un RGO est souvent dans un état de tension corporelle. Une anxiété maternelle ou une relation mère-enfant défaillante peuvent favoriser le reflux gastro-œsophagien. Le RGO peut également provoquer cette anxiété chez les parents. (28) (32)

- l'hyperphagie

L'hyperphagie peut être due à des mauvaises habitudes alimentaires mais également à une confusion entre besoin et satisfaction. L'apport excessif d'aliments peut venir calmer les angoisses de la mère ou du bébé. (32)

- le mérycisme

Le mérycisme apparaît plus tardivement (début du 2^{ème} semestre) et fait souvent suite à des régurgitations ou des vomissements seuls. Le mérycisme correspond à une régurgitation et une remastication longue des aliments qui seront crachés ou réavalés. Ce trouble semble lié à une carence affective et est un signe de souffrance psychique importante. Le mérycisme peut être interprété comme un moyen pour le nourrisson de venir combler un manque maternel (absence psychique ou physique). (28) (32)

- le pica

Le pica est l'ingestion de produits non alimentaires (terre, herbe, papier, cailloux...). Il apparaît généralement entre 3 et 12 mois. Ce trouble est rare mais peut entraîner des complications: perforation, occlusion, infection ou intoxication. Il peut être observé dans les situations de carence affective, d'abandon; chez des enfants présentant une déficience ou un trouble envahissant du développement. (28)

C. Troubles de l'appareil digestif

Les troubles du système digestif sont également de bons marqueurs d'une interaction mère-enfant perturbée. Ils peuvent être le reflet de troubles de l'alimentation lors des tétées, d'une perturbation du dialogue tonique...

- Les coliques du nourrisson (28) (32)

Les coliques sont fréquentes chez le nourrisson et disparaissent spontanément après 3 à 4 mois. Lors de coliques, le nourrisson est dans un état de tension importante, il crie, pleure et donne l'impression d'avoir mal au ventre. Pour des pédiatres anglo-saxons, les coliques

seraient un moyen pour le nourrisson, dont le système nerveux central est encore immature, de décharger une certaine excitation accumulée durant la journée. (28) Pour *Spitz*, les coliques du nourrisson ont lieu lors de l'interaction perturbée entre un enfant «hypertonique», qui va réagir de manière forte aux stimuli extérieurs, et une mère présentant une «sollicitude primaire excessive et anxieuse», c'est-à-dire une mère qui ressent de manière trop importante les réactions de son enfant (le système de pare-excitation maternel est débordé) et qui va mettre en place de multiples actions pour chercher à le calmer. (32)

- **La diarrhée**

La diarrhée peut être une réponse à un état anxieux et la conséquence d'une dysrégulation du tonus. (32)

- **La constipation**

La constipation peut être une réponse pour maîtriser les angoisses d'abandon et pour maintenir le lien avec la mère. La *constipation psychogène* apparaît autour du deuxième semestre de vie. Lors d'une constipation chronique, un mégacôlon fonctionnel peut apparaître, conséquence de la rétention du bol fécal par l'enfant. Il faudra cependant d'abord éliminer les autres causes organiques avant de retenir ce diagnostic. (5)

D. Troubles respiratoires

- **Spasme du sanglot** (28) (32)

Le spasme du sanglot apparaît généralement autour du deuxième semestre de vie (parfois plus précocement) jusqu'à la troisième année, voir jusqu'à 5-6 ans dans 10% des cas. Il existe **deux formes de spasme du sanglot**:

- **La forme bleue (asphyxique)** la plus fréquente (80%):

Elle survient principalement après une frustration ou une contrariété. Lorsque le bébé crie et pleure, il peut avoir des difficultés à reprendre son souffle et se retrouve en apnée, cyanosé. Il peut ensuite perdre connaissance et cela se prolonge, avoir des convulsions (anoxie cérébrale). Pour *Kreisler*, il s'agirait d'enfants énergiques, actifs, coléreux et opposants qui seraient sujets à cette forme de spasme.

- **La forme pâle (ischémique) (20%)**

Elle survient après une douleur physique ou un état de stress aigu (peur, angoisse importante...). L'enfant peut alors pousser un cri bref, puis devient pâle et perd connaissance. Il s'agit d'une syncope avec une pause cardiaque. Pour *Kreisler*, cette forme surviendrait pour des enfants à caractère calme, inhibé et impressionnable.

Dans les 20% restant de spasme du sanglot, il s'agit d'une forme intermédiaire.

Ce trouble est généralement bénin (l'enfant reprenant rapidement conscience et une respiration normale) mais très anxiogène pour l'entourage car il peut renvoyer les parents à l'angoisse de mort. Une réassurance parentale est souvent nécessaire et permet une régression du symptôme.

- **Asthme précoce**

L'asthme est une maladie organique à participation psychosomatique. Pour *Kreisler*, *Soulé* et *Fain*, l'asthme précoce peut apparaître lorsque l'attachement duel ne peut se construire, comme dans une garde partagée désorganisée ou lorsqu'il existe un désir fusionnel important de la part de la mère qui bloque le processus de séparation individuation. (32)

E. Troubles cutanés

L'état cutané du bébé est en lien avec le contexte affectif et relationnel dans lequel il se trouve.

- **L'eczéma**

Il apparaît vers l'âge de 5-6 mois pour le plus souvent disparaître spontanément vers l'âge de 2 ans. Il s'intègre fréquemment dans le cadre d'une dermatite atopique. *Spitz* a notamment étudié la question de l'eczéma comme maladie psychosomatique. Il décrit l'attitude des mamans hostiles à toucher leur enfant immature, et la prédisposition congénitale pour les réponses cutanées accrues chez le nourrisson.

- La pelade décalvante précoce

D'après *Kreisler*, la pelade semblerait apparaître lors d'une carence affective précoce et permanente ou dans un contexte de «perte».

F. Syndromes généraux**- Retard de croissance par souffrance psychologique**

Aussi appelé nanisme psychogène, un retard de croissance apparaît lorsque les conditions de vie de l'enfant sont pathologiques. Des troubles du sommeil, une boulimie ou des troubles du comportement y sont fréquemment associés. Des études d'endocrinologie et de pédiatrie ont montré qu'il existait un blocage fonctionnel de l'hormone de croissance hypophysaire (GH).

Le retard de croissance est le signe d'une souffrance psychique intense, en lien avec des relations parents-enfants très défavorables.

L'enfant retiré de cet environnement, sa reprise staturo-pondérale est rapide. Dans certains cas, une séparation, au moins temporaire, de l'enfant et de sa famille est donc nécessaire.

- Etats de marasme physique

Le marasme est un état de dénutrition grave (retard staturo-pondéral, déshydratation,...). Il peut être relié à une défaillance parentale sévère qui entraîne une carence massive des apports alimentaires. Une renutrition progressive est alors nécessaire.

- Infections à répétition.

Pour *Spitz* des infections à répétitions, notamment ORL, peuvent faire suite à une altération de la relation mère-enfant ou à des troubles psychiques chez l'enfant. (32)

III. Troubles tonico-moteur

Wallon a le premier évoqué le «dialogue tonique» comme un moyen pour le bébé et sa mère d'échanger et de communiquer l'un à l'autre leurs émotions et leurs états affectifs.

La perturbation de ce dialogue aura un effet immédiat sur le tonus du bébé.

A. Trouble du tonus

1. Trouble de la régulation du tonus

La **régulation de l'état tonique** est possible grâce au système de pare-excitation du bébé qui inclut la régulation du *niveau de vigilance*, le contrôle des *flux sensoriels (démantèlement; phénomène d'habituation)* et les *proto-représentations* mentales. Le *milieu humain* sera également nécessaire au système de pare-excitation du bébé. C'est surtout la mère qui va assurer cette fonction de protection du bébé grâce au holding, en faisant varier l'intensité ou le rythme de sa voix ou encore en aménageant l'environnement du bébé. (13) (69)

Si l'une de ces fonctions est défaillante, le système de pare-excitation du bébé sera débordé et des troubles de la régulation du tonus peuvent apparaître. Cette difficulté de régulation aura des conséquences sur le bébé: son état psychique et moteur ne seront pas suffisamment stables pour lui permettre d'acquérir des représentations mentales construites et de mettre en place une enveloppe stable. Ces bébés vont donc présenter une fragilité de leur image corporelle ainsi qu'une irritabilité émotionnelle importante. (69)

Les troubles de la régulation des *états de vigilance* peuvent se manifester de différentes manières:

- Un changement brutal d'un état à un autre sans passer par les états intermédiaires. Les bébés qui présentent ce trouble passeront par exemple, à un état de vigilance de type 6 (cris, pleurs) sans passer par les états intermédiaires.
- Des périodes de sommeil profond/ léger ou d'éveil agité/ pleurs prolongées.

La perturbation de la régulation des états de vigilance ne va pas permettre au bébé d'être dans une phase d'éveil actif la plus propice à la communication avec ses parents.

Murray a prouvé que les bébés présentant des troubles de la régulation et des troubles du comportement comme l'irritabilité, des difficultés sur le plan moteur, et de faibles capacités à s'engager dans une interaction, pouvaient influencer l'état thymique de leurs mères. Celles-ci ne percevant pas de réponses à leurs sollicitations de la part de leurs bébés se sentaient isolées. Le sentiment de dévalorisation pouvait aller jusqu'à laisser place à une dépression. (32)

La contenance maternelle faisant défaut lors d'une dépression, le bébé aura d'autant plus de difficulté à réguler son état tonique.

2. Hypertonie

L'hypertonie est le plus souvent due à un défaut de contenance parental (holding). Le bébé cherche à former une enveloppe en utilisant sa musculature (seconde peau musculaire).

L'hypertonie entraîne un déséquilibre entre flexion et extension au niveau du buste. Les bébés hypertones sont décrits comme raides, se jetant en arrière et ont fréquemment les bras en chandelier. L'hypertonie est un moyen pour le bébé d'éviter la communication et les interactions prolongées car elle rend le portage difficile. (96)

La persistance d'une hypertonie a plusieurs **conséquences sur le développement psychomoteur**: (28) (70)

- La musculature dorsale devient prédominante: les jonctions main-main deviennent donc plus difficiles. Il en est de même pour les jonctions main-bouche. Or nous savons que les premières explorations débutent par l'exploration de la sphère orale avant de pouvoir s'étendre à d'autres domaines.

- La disparition de la liaison visio-manuelle: l'hypertonie ne permet plus au nourrisson de poursuivre visuellement le mouvement de ses mains.

- Les mouvements de rotation du buste ne sont pas possibles. Le bébé a ainsi tendance à s'installer de manière préférentielle sur un côté, de manière asymétrique.

Or, nous avons déjà vu que ces éléments sont indispensables pour que le bébé puisse explorer son environnement au niveau visuel et moteur. L'hypertonie ne permet donc pas au bébé de libérer l'espace oral (exploratoire) pour permettre l'apparition de sons, précurseurs du langage. (28) (70)

3. Hypotonie

L'hypotonie se caractérise par l'absence du maintien de la tête. Un bébé hypotonique sera très passif, ressemblant à une «poupée de chiffon». Il ne va pas chercher à explorer son environnement par le toucher et aura des difficultés à maintenir une interaction visuelle. Il présentera un retard d'acquisition de la position assise. L'hypotonie peut apparaître à la suite

d'un déficit affectif. Elle est également retrouvée chez les enfants à risque autistique.(28) (96)
Un enfant hypotonique peut s'appuyer sur le *tonus pneumatique*, c'est-à-dire qu'il va utiliser l'inspiration pour bloquer son thorax et se redresser. Les interactions seront plus limitées car dépendantes des mouvements respiratoires. La communication sera également touchée. (70)

4. Déséquilibre du tonus axial entre la gauche et la droite

Le nourrisson peut présenter une asymétrie entre les deux hémicorps. Cette asymétrie peut entraîner des retards dans le développement psychomoteur. Il peut aussi adopter une installation préférentielle sur un des deux côtés, ce qui favorise la survenue d'une *plagiocéphalie*. Cette position asymétrique peut être corrigée grâce à une installation unilatérale d'une surface texturée qui va favoriser le recrutement tonique du bébé. Il sera ainsi plus disponible pour la communication. (70)

B. Retard psychomoteur

Le développement psychomoteur se déroule en fonction, à la fois des acquis génétiques et de la maturité psychologique. Le retard psychomoteur peut être global ou concerner un des domaines de développement comme la *motricité, le langage, les cognitions ou les capacités relationnelles*. Un retard psychomoteur peut être dû à une étiologie organique, psychosociale ou relationnelle. Il peut ainsi s'observer en cas de carence affective mais ce retard peut se rattraper par des soins de maternage continus et des soins thérapeutiques. Un retard précoce peut également s'observer chez un enfant présentant un trouble envahissant du développement. (32)

Il peut être évalué grâce à des échelles de développement psychomoteur comme *l'échelle de Brunet-Lézine* que nous avons déjà évoquée. Il est aussi possible d'utiliser *l'échelle de Bailey*, plus répandue dans les pays anglo-saxons. Cette dernière va être composée d'une échelle mentale (capacités sensorielles et perceptives, relation à l'objet, communication, capacité de généralisation), d'une échelle motrice et de l'observation du comportement global du nourrisson. (32)

IV. Troubles de la relation

Les troubles de la relation peuvent se manifester par l'évitement relationnel, les troubles du regard, la présence excessive ou l'absence de manifestations affectives.

A. Evitement relationnel

Le concept d'évitement relationnel a été développé entre autre à la suite des réflexions de *Fraiberg* sur «*la réaction de gel*». Elle décrit cette réaction comme moyen de défense utilisé par le bébé lors d'une situation stressante: le bébé s'immobilise, se fige, n'émet plus de sons et son regard semble perdu dans le vide. (96)

Nous pouvons distinguer *l'évitement relationnel normal* de *l'évitement relationnel pathologique*.

Un **évitement relationnel normal** se produit lorsque le bébé est débordé par une excitation qu'il n'arrive pas à contrôler. Cet état d'excitation se manifeste généralement à la suite d'une stimulation non adaptée que l'on soit dans de l'hypo, de l'hyper ou de la dys stimulation. L'évitement relationnel peut avoir lieu de manière plurimodale. Par exemple, le nourrisson peut fermer les yeux ou baisser son niveau de vigilance et s'endormir lorsqu'il est gêné par la lumière ambiante. Il peut également diriger son attention vers des éléments (personnes ou objets) connus qui pourront le rassurer. L'évitement relationnel normal est donc un moyen pour le bébé de se défendre et de se soustraire à une situation désagréable. Il fait partie des mécanismes de régulation de l'interaction. Il peut aussi avoir lieu lors de jeux, ce qui montre que le bébé peut avoir un rôle actif dans la communication. Le retrait émotionnel serait une des étapes du développement de la capacité à être seul selon *Winnicott* (être seul en présence de l'autre). (5) (52) (94)

Le concept d'**évitement relationnel pathologique** a été proposé par *André Carel*. Il peut avoir lieu de zéro à dix-huit mois. *Carel* décrit l'évitement relationnel à travers différents signes cliniques qu'il classe selon 5 axes: la conduite globale relationnelle, les troubles du regard, les troubles de l'écoute, les troubles posturo-locomoteurs et les troubles de la préhension. (94)

Tableau 3 : Rappel des signes d'évitement relationnel pathologiques du bébé selon André Carel (52)

1. Conduite globale relationnelle
<ul style="list-style-type: none"> • Sagesse particulière dès le premier trimestre : sérieux, gravité, pauvre en sourire, déclenche peu les initiatives ; • Disposition à rester seul et tranquille malgré les sollicitations, mais sans déplaisir manifeste ; <p>La sagesse ne doit pas être confondue avec un ralentissement dépressif précoce, ni avec un retard psychomoteur ordinaire.</p>
2. Troubles du regard
<ul style="list-style-type: none"> • Dès le deuxième mois : regard absent, périphérique, en passe-muraille, strabisme éphémère, regard flou, dur hyperpénétrant, cyclope, proximal. <p>Cela peut être compris comme un dysfonctionnement de l'attention partagée. Le signe est à étudier en fonction des variations de la qualité du regard du partenaire, du contexte intermodal : le regard du bébé change-t-il selon que l'on chantonne ou pas, lors d'un toucher discret... ?</p>
3. Troubles de l'écoute
<ul style="list-style-type: none"> • Dès le deuxième trimestre : absence ou faiblesse d'orientation à la voix familière, contrastant avec la sensibilité aux bruits mêmes menus, et l'attrait pour la musique. <p>C'est à étudier en fonction de la qualité de l'accordage adulte-bébé et de la structure narrative.</p>
4. Troubles posturo-locomoteurs
<p>Dès le troisième mois, lorsque le tonus axial augmente et que le tonus segmentaire baisse, il apparaît des anomalies de l'ajustement postural.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté et anomalies des attitudes anticipatrices du portage, voire un retrait des bras en chandelier après le sixième mois ; • Evitement de l'appui palmaire en position assise à partir du septième mois, et de l'appui ventral en position couchée et lors du retournement dos/ventre dès le sixième mois ; • Evitement du ramper puis de la quadrupédie à partir du neuvième mois ; • Marche retardée ou sur la pointe des pieds après un an, ou marche en pantin ; • Stéréotypies positionnelles de type balancements après le sixième mois.
5. Troubles de la préhension
<ul style="list-style-type: none"> • A partir du huitième mois, inertie préhensive : les mains restent inertes, mais parfois un frémissement du bras ou une légère avancée du buste vers l'objet trahit l'intention et le conflit préhensifs ; • Approche hésitante suivie de reculade, signe du cube brûlant ; • Contact par effleurement du bout des doigts sur les contours de l'objet ; • Brièveté de la saisie palmaire de l'objet aussitôt rejeté ; • Atypie de la pince fine : non pas entre le pouce et l'index, mais entre petit doigt et annulaire ou en interdigital ; • Signe des oubliettes : l'objet est jeté sans poursuite oculaire ; • Non-participation au jeu de tomber-ramasser ; • Stéréotypies gestuelles, jeux de mains avec fascination visuelle ; • Perte du pointage du doigt avec échange visuel vers neuf ou dix mois.

Pour *Carel*, l'évitement relationnel peut correspondre à un «déficit relatif de certaines compétences neuropsychologiques impliquées dans la communication et/ ou l'évitement relationnel peut être la traduction comportementale d'une défense psychique contre l'angoisse suscitée par certaines formes des processus de liaison intrapsychiques et intersubjectifs.» (52)

La recherche de ces signes cliniques va se faire par l'observation directe du nourrisson ainsi que dans le discours des parents. Le retrait émotionnel peut être précédé d'une période de protestation. Il sera considéré comme pathologique ou non selon la présence isolée ou groupée de ces signes cliniques, de leur évolution dans le temps et des interactions parents-bébé observées lors de la consultation. L'évitement relationnel devient donc pathologique si le bébé a besoin d'utiliser ce mécanisme de défense de manière trop fréquente et/ou prolongée. (52) (94) (105)

Le retrait émotionnel peut être accompagné d'une attention particulière à un objet qui pourra être utilisé comme source de stimulation visuelle (agrippement visuel). Le retrait peut également se manifester par un repli important dans le sommeil. (94)

La présence de signes cliniques de retrait relationnel ne préjuge pas de l'évolution clinique de ces troubles. *Carel* précise bien que le retrait relationnel n'évolue pas de manière systématique vers un syndrome autistique. (52) Cependant, il nous fait remarquer que si la mère présente un défaut de contenance prolongé et répété le bébé pourra construire un mode de relation de type angoissé-évitant. (94)

Pour *Guedeney*, le retrait émotionnel chez le bébé est un mécanisme de retrait différent de celui de l'adulte. Il permet au bébé de se soustraire à des empiètements de l'environnement, au moment présent, qui sont trop importants et qui menacent sa continuité d'être. Pour *Guedeney* lorsque le retrait émotionnel est supérieur à deux semaines, le développement psychomoteur de l'enfant peut être perturbé. Lorsque le bébé présente des signes de retrait, il est donc important de le dépister rapidement pour permettre une prise en charge adaptée. (105)

Pour *Guedeney*, le retrait relationnel se retrouve de manière constante dans les pathologies suivantes: trouble de l'attachement, dépression, autisme, troubles sensoriels, retard de croissance et trouble alimentaire, douleur aiguë durable et de manière fréquente dans les troubles de la régulation, troubles anxieux et syndrome post-traumatique. (114) (105)

Tableau 4 : Classification des pathologies selon Guedeney (114)

Pathologies où le retrait est constant :	Pathologies où le retrait peut être retrouvé :
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'attachement - Dépression - Syndrome autistique - Troubles sensoriels (ouïe, vue) - Retard de croissance, Kwashiorkor, trouble alimentaire - Douleur aigue prolongée 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble anxieux - Syndromes post traumatiques - Trouble de la régulation

Guedeney a proposé une échelle pour évaluer le retrait émotionnel du bébé: l'échelle Alarme détresse bébé (ADBB).

Echelle ADBB (Alarme détresse bébé):(22) (114) (105)

Cette échelle permet d'évaluer le retrait émotionnel chez le bébé de 2 à 24 mois. Elle comporte 8 items qui se cotent de 0 (= comportement normal) à 4 (=comportement massivement anormal, retrait émotionnel intense): expression du visage; contact visuel; activités corporelles; gestes d'autostimulations; vocalisations; rapidité de réponse à une stimulation; capacités à engendrer et à maintenir une relation; capacités de l'enfant à susciter et à maintenir une relation. Lorsque le score total est supérieur ou égal à 5, le bébé présente un retrait émotionnel. Le but de cette échelle est de repérer le plus précocement possible les comportements de retraits pour pouvoir les prendre en charge rapidement.

Carel va reprendre un certain nombre d'items de l'ADBB afin de proposer une nouvelle grille d'évaluation du retrait relationnel chez le bébé: la **Grille d'évitement relationnel du nourrisson (GERN)**. (94) (Annexe 3)

Le retrait émotionnel est donc une manière pour le bébé de communiquer activement son inconfort et sa souffrance psychique. Une diminution des empiètements de l'environnement est nécessaire pour que le bébé puisse éprouver une continuité d'être. Si le retrait émotionnel devait se prolonger, l'accès à l'intersubjectivité et à la subjectivité serait alors menacé.

B. Troubles du regard

Comme nous l'avons vu, le regard fait partie des moyens de communication privilégiés par le nourrisson. Un trouble du regard marque donc un trouble de la communication entre les parents et le bébé. Nous pouvons distinguer deux entités dans les troubles du regard: l'évitement du regard (signe bruyant) et le non accrochage du regard (signe silencieux).

Le *regard* est à différencier de la *poursuite oculaire* des objets animés ou inanimés. Lors d'échanges de regards, la dimension relationnelle est impliquée. Les études de *Fraiberg*, nous montrent que le bébé aveugle a un regard même s'il n'a pas de vision (il répond au regard de sa mère en lui touchant le visage ou avec sa voix), alors que le bébé présentant un syndrome autistique, même s'il n'a pas d'anomalie de la vision ne pourra pas utiliser le regard comme moyen de communication.(22)

Evitement du regard

L'évitement sélectif du regard est un moyen de défense du nourrisson, qui s'observe d'abord avec le visage de sa mère, puis peut progressivement se généraliser à tout visage humain. Il peut donc être global ou sélectif selon la personne. (22) (96)

L'évitement du regard est le principal signe de la pathologie autistique mais il est également retrouvé dans d'autres situations. Il peut apparaître en cas de réponse chaotique (mère investissant peu son bébé ou perturbée psychiquement) ou absente (mère déprimée).

Le travail thérapeutique portera sur la modification du regard que la mère porte sur son bébé et permettra aussi de la soutenir dans les difficultés qu'elle rencontre avec lui.(22) (96)

Non-accrochage du regard

Le non accrochage du regard peut se manifester par un plafonnement du regard ou un agrippement visuel à un objet ou à une lumière (phénomène d'identification adhésive). Lorsqu'un adulte va chercher à créer une communication visuelle avec le bébé, il pourra aussi avoir l'impression que son regard est vide, transfixiant, qu'il n'y a pas d'interpénétration du regard. Ce regard qui ne va pas rencontrer le «fond de la tête» de l'autre, ne pourra être renvoyé au bébé (boucles de retour). La création d'une enveloppe et le processus d'intersubjectivité seront là encore perturbés. (22)

V. Manifestations affectives

Le nourrisson manifeste ses sentiments et ses émotions sous des formes très variées, qu'il n'est pas toujours évident de saisir. Une étude attentive de ses comportements ainsi qu'une attitude empathique peuvent nous aider à saisir les états affectifs du bébé. *Emde* décrit les *émotions primaires* présentes dès les premiers mois de vie: *joie; surprise; colère; peur; tristesse; dégoût; intérêt*. La variété de ces émotions va progressivement s'étoffer. Le partage de ses émotions aura lieu durant les interactions affectives et l'accordage affectif (*Stern*).

Cris et pleurs

Les cris et les pleurs sont des moyens de communication du nourrisson. Le nourrisson est ainsi capable d'avertir ses parents lorsqu'il a faim, lorsqu'il est souillé... Ils sont donc des excellents signaux d'alarme. (32) (36)

Pour *Bowlby*, les cris sont également un moyen pour le bébé de favoriser le rapprochement physique avec ses parents et de déclencher une interaction. Pour lui, les cris et les pleurs appartiennent donc aux facteurs d'attachement. Ils vont ensuite être interprétés par les parents qui vont agir en conséquence. (32) (36)

Il existe deux pics de fréquence des cris lors de la journée chez les bébés d'une semaine à neuf mois: l'un en fin d'après-midi et l'autre le soir. Les bébés utilisent alors un cri de type «hyperphonation» pour exprimer leur souffrance. Ces cris hyperphonatoires ont une fréquence

et une durée plus élevées. Wolff décrit *six catégories de cris*: les cris de faim; de colère; de douleur; de frustration; de plaisir; de détresse. (32) (38)

Des études ont montré que lorsque le bébé utilisait les cris pour communiquer avec sa mère, les cris du bébé respectaient le rythme du discours de la mère et pouvaient se synchroniser avec ce dernier. Le nourrisson peut également associer à ses cris des mouvements de bras qui seront aussi accordés au discours maternel. Les cris font donc partie des moyens de communication analogique (28)

Les cris sont aussi considérés comme «un cordon ombilical acoustique». Les mères sont capables de reconnaître les cris de leur bébé parmi d'autres et seraient réveillées de manière sélective par les cris de leur bébé. (36)

Contrairement à certaines idées populaires, il est important de répondre à un nourrisson qui pleure car il pourra utiliser d'autres moyens de communication (échanges visuels, tons, babillage...) plus rapidement. (38)

Il a été démontré que lorsque des bébés âgés de 3 à 12 semaines étaient portés à bras ou dans des poches kangourou, il existait une diminution des pleurs de 40 à 50 % et une augmentation de l'état de vigilance. (32) (36)

Les enfants pourront être plus ou moins rapidement apaisés lorsqu'ils crient ou pleurent. Le contact physique avec ses parents peut être un moyen efficace pour arrêter les pleurs. Mais dans de nombreuses situations, ce contact physique ne suffira pas: le bébé cherche alors à exprimer quelque chose à ses parents. (115) Les parents en difficulté par rapport à l'interprétation des cris, pourront avoir du mal à répondre de manière adaptée à leur enfant et pourront remettre en question leurs capacités parentales. Un travail thérapeutique pourra alors être proposé aux parents pour les aider à mieux comprendre ce que le bébé souhaite leur communiquer. (32) (36)

La fréquence des cris et des pleurs augmente jusqu'à l'âge de 6 semaines pour ensuite diminuer. Les bébés utiliseront alors d'autres modalités de communication. (32) (36)

Angoisses

Tous les nourrissons traversent des périodes d'angoisse. Cette angoisse est le reflet d'un sentiment de menace et d'insécurité chez le bébé. Si les moments d'angoisse sont prolongés et que le nourrisson n'arrive pas à les contenir, il pourra alors rapidement se désorganiser.

Les angoisses du nourrisson peuvent se manifester chez lui par des troubles du sommeil, des troubles du tonus et des comportements désorganisés. Il pourra également avoir des comportements d'agrippement (visuel, objet) ou encore d'hypervigilance. La présence de ces signes cliniques marquera le caractère pathologique des angoisses. (32)

Un nourrisson envahi par les angoisses aura des difficultés à construire une enveloppe psychique interne contenant.

Tristesse et dépression

Ce n'est que depuis les années 1950, que la tristesse du nourrisson est reconnue. La tristesse est liée à un sentiment de manque ou de perte, qu'elle soit effective ou non, notamment avec la figure d'attachement. Cette tristesse s'observera au niveau du faciès du bébé et de ses mimiques. Elle pourra aussi se manifester par un retrait émotionnel. Nous ne développerons pas ici la dépression du nourrisson puisque nous la reverrons à travers un cas clinique. (32)

Excitation

Un bébé peut manifester des signes d'excitation comme une hyperactivité motrice désordonnée, des changements de comportements brutaux, des troubles du sommeil comme l'insomnie joyeuse, ou une enveloppe verbale sonore (cris, chants)... Ce type de réaction d'excitation peut être observé lorsque le bébé a subi un stress aigu important. Si ces réactions sont prolongées, elles peuvent être une «défense maniaque» à un entourage déprimé. (32)

Défait de manifestation affective

Un nourrisson qui ne présente pas de manifestation affective doit aussi nous interpeler. En effet, l'absence de manifestation affective est pathologique. Il faut alors rechercher d'autres signes de trouble envahissant du développement ou des signes de dépression. (32)

VI. Troubles du pré-langage

Nous ne pouvons bien sûr pas parler de retard de langage entre 0 et 6 mois, ce diagnostic ne pouvant être posé qu'au-delà de l'âge de 3 ans.

Néanmoins il est important de prêter attention à un bébé qui ne babille pas au cours du premiers mois et qui reste silencieux. Cela peut être le révélateur d'un déficit auditif, d'une malformation de la région buccale, d'une déficience mentale ou d'un handicap moteur. Des examens complémentaires peuvent alors être nécessaires: évaluation pédiatrique, échelles de développement psychomoteur...

Ce trouble peut également être la conséquence d'une psychopathologie maternelle (dépression) mais également d'une carence des échanges langagiers et d'une pauvreté du bain linguistique qui entoure le bébé. (32)

Nous pourrons aussi évaluer la qualité de la communication préverbale et gestuelle et certains indices nous rendront attentifs à un potentiel trouble du langage comme:

- l'absence de mouvements des bras et des mains lorsqu'un parent lui parle. L'absence de synchronisation de ces mouvements avec la voix du parent.
 - l'absence d'interpénétration du regard lorsqu'un adulte s'adresse à lui. L'absence de poursuites visuelles.
 - l'absence de pleurs ou de cris
 - un babillage monotone ou des vocalisations idiosyncrasiques
 - l'absence du sourire-réponse après 2 mois.
 - l'absence de jeux d'imitation avec l'entourage
- puis l'absence d'attention conjointe et de pointage protodéclaratif. (18) (116)

Comme nous le reverrons, une évaluation et une prise en charge en orthophonie pourra avoir lieu avant l'âge de 3 ans.

EXEMPLES DE PATHOLOGIES OU LA COMMUNICATION EST ALTEREE: CAS CLINIQUES

A travers ces quatre cas cliniques, nous allons aborder différentes situations où la communication est altérée en raison d'une pathologie propre au bébé, d'une pathologie maternelle ou d'un trouble des interactions mère-bébé.

I. Noé

Mme C. est arrivée en France par le fruit du hasard à la suite d'un long périple. Originaire d'un pays en conflit, elle a dû fuir ce pays en y laissant ses premiers enfants. Elle n'a plus de nouvelle de sa famille depuis et ne connaît personne en France. Depuis plusieurs mois, elle présente un syndrome anxieux et dépressif. Une courte hospitalisation a dû être nécessaire pendant sa grossesse suite à un effondrement thymique important.

Nous avons rencontré Mme C. après son accouchement. Durant le premier entretien, nous faisons la connaissance de Noé et de sa mère: Noé est calme et réveillé dans son berceau. Mme C. est assise à distance de lui. Elle ne s'approchera pas de lui durant cet entretien. Mme C. nous rapporte très vite ses premières inquiétudes à savoir comment raconter son histoire à Noé? Comment lui expliquer qu'elle ignorait qui était son père puisqu'il était issu d'un viol collectif?

Durant les premiers jours, nous avons essayé de réfléchir à cette question ensemble. Elle avait fait le choix de s'occuper de Noé et de lui donner un prénom porteur d'espoir mais à plusieurs reprises elle a pu nous dire que le visage de Noé devait partiellement ressembler à l'homme qui lui avait fait du mal. Pendant de longs moments, Mme C. restait alors immobile, le regard dans le vide, perdue dans son monde intérieur. Nous constatons que les états de veilles de Noé fluctuaient au long des entretiens en fonction des états émotionnels de sa mère. Il plongeait notamment dans un sommeil profond dès que les émotions débordaient sa mère (*Retrait émotionnel*). Que pouvait ressentir Noé dans ces moments?

Le rapport que Mme C. pouvait entretenir avec Noé était très ambivalent. Nous nous sommes interrogés sur les capacités de cette mère à pouvoir prendre soin de son enfant mais l'espoir que cette mère portait en son enfant était rassurant.

L'allaitement a été très difficile à mettre en place. Mme C. disait que Noé lui faisait très mal lors des tétées. (*Angoisses d'anéantissement?*) Devant ces difficultés, un allaitement artificiel a été proposé.

Le dialogue tonique entre Noé et sa mère était troublé. Mme C. avait beaucoup de difficulté à toucher et à s'ajuster corporellement à son bébé. Noé pouvait également se mettre en hypertonie postérieure dans les bras de sa mère. Les contacts tactiles étaient très brefs et avaient lieu presque uniquement lors des tétées. La communication visuelle était très pauvre. Nous avons très peu eu l'occasion d'entendre Mme C. s'adresser et parler à son bébé. Mais que se passait-il en notre absence?

Nous avons également constaté que durant ce séjour prolongé en maternité, Mme C. est restée peu de temps seule en présence de son enfant. A chacune de nos visites, un membre de l'équipe soignante ou une connaissance étaient présents dans la chambre. Rester seule en présence de son enfant était-il trop difficile pour cette mère?

En présence d'un tiers, Noé semblait s'animer. Une communication tant sur le plan visuel que corporel était possible avec lui. Il semblait avide de contact.

A la suite d'une réunion pluridisciplinaire, nous avons décidé de proposer un étayage important au domicile de cette famille. Peu après la sortie de maternité, Mme C. s'est vue imposer un changement de domicile, ce qui impliquait aussi un changement de secteur psychiatrique et pédopsychiatrique. *Quel impact pouvait avoir cette rupture du peu de liens sociaux qu'elle avait pu tisser, sur le psychisme de cette mère déjà fragilisée?*

Afin de ne pas interrompre brutalement le travail thérapeutique, nous nous sommes rendus à deux reprises au nouveau domicile de Mme C. et de Noé.

Lors de la première visite, Mme C. nous a informés que Noé avait dû être hospitalisé pendant 48 heures pour des douleurs abdominales importantes et des diarrhées. Les examens se sont avérés normaux. *Était-ce une manière pour Noé d'exprimer sa douleur psychique?*

Nous pouvons émettre l'hypothèse que Noé pouvait ainsi «matérialiser» la souffrance psychique de sa mère.

L'état psychique de Noé restait inquiétant. Il pouvait présenter un retrait émotionnel ou pouvait rapidement basculer vers un état de désorganisation importante (cris, pleurs et agitation motrice). Il était alors en hypertonie et en hyperextension postérieure. Il était alors difficilement consolable. Mme C. se disait elle aussi débordée par les pleurs de son bébé (*irritabilité aux cris et pleurs*). Noé avait aussi des troubles du sommeil (insomnie agitée) ainsi que des troubles alimentaires avec un reflux gastro-œsophagien. Le contact visuel avec Noé était difficile: l'interpénétration du regard était absente et Noé pouvait s'agripper visuellement au plafonnier. La communication entre Noé et sa mère semblait fluctuante au cours des entretiens, alternant des moments de plaisirs partagés avec des moments où l'un des deux partenaires était absent psychologiquement.

Noé présentait un trouble de la régulation des états de vigilance et un trouble de la régulation tonique. Les symptômes somatiques étaient nombreux: trouble de l'alimentation et digestifs, trouble du sommeil. L'aggravation des symptômes de Noé nous a beaucoup alertés. En effet, nous avons constaté l'installation progressive d'un retrait émotionnel pathologique chez lui, même s'il pouvait encore protester et manifester des signes bruyants lors de notre dernière rencontre.

A la suite de cette rencontre avec Mme C. et Noé, nous nous sommes intéressés à la **dépression du nourrisson**.

En 1946, René Spitz a le premier décrit la **dépression anaclitique** chez le bébé. A la suite d'une séparation brutale avec sa mère, le bébé va d'abord crier, pleurer et présenter un comportement d'accrochage à l'adulte puis, après plusieurs semaines, va présenter un état d'apathie majeure.

Les symptômes dépressifs sont le plus souvent observables au travers des interactions précoces, avec des parents qui peuvent également présenter des symptômes dépressifs.

Nous différencierons **deux types d'états dépressifs**:

- Les états dépressifs aigus

Ils se caractérisent par l'apparition de symptômes bruyants comme des pleurs, des protestations, une modification du comportement habituel ou encore un refus actif de la relation. Plutôt qu'un sentiment de tristesse, c'est un sentiment de colère qui est perçu. A l'origine de cet état, nous allons retrouver la survenue d'un ou plusieurs événements extérieurs. (112)

- Les états dépressifs chroniques

Ils sont beaucoup plus difficiles à percevoir. Le signe principal sera le **retrait émotionnel**, symptomatologie en creux. Une atonie psychique, un ralentissement psychomoteur et des symptômes somatiques sont également retrouvés. (25) (112)

La description clinique des états dépressifs chroniques du nourrisson la plus complète est celle que fait *Kreisler* (25):

Tableau 5 : Tableau clinique décrit par Kreisler (25)

Atonie thymique	<ul style="list-style-type: none"> • Une athymie globale plus proche de l'indifférence que de la tristesse • Une indifférence morne, sans plaintes ni larmes • Il s'agit d'une séméiologie en creux avec une diminution de l'appétit à se nourrir, à regarder, à écouter et à se mouvoir.
Inertie motrice	<ul style="list-style-type: none"> • Une lenteur et une monotonie des gestes et attitudes • Une mimique pauvre, une mobilité corporelle engluée, avec un figement qui touche davantage le tronc et la racine des membres • Une tendance répétitive à de rares activités ludiques dépourvues de densité imaginaire
Repli interactif	<ul style="list-style-type: none"> • Un appauvrissement progressif de la relation • Une chute des initiatives et des réponses aux sollicitations • Une fixité du regard sans clignement des paupières et un détournement à l'approche des bras porteurs
Désorganisation psychosomatique	<ul style="list-style-type: none"> • Soit commune avec rhinopharyngites, otites et bronchites à répétition et diarrhées • Soit sévère avec la pathologie psychosomatique classique (anorexie, insomnie, spasme du sanglot...)

La dépression du nourrisson est souvent le fruit d'un sentiment d'absence de la figure d'attachement. Cette absence peut être réelle ou non, c'est-à-dire que l'absence peut être psychique. Lorsqu'il existe une carence qualitative, *Kreisler* différencie, la «**dépression blanche**» (absence de la fonction maternelle après une période d'interactions de bonnes qualités) et le «**syndrome du comportement vide**» qui s'observe en cas de «relation désertique habituelle» c'est à dire que le nourrisson, depuis la naissance, a uniquement connu un environnement peu contenant et défaillant.(28)

Pour *Green*, lors d'une dépression chez la mère, celle-ci est bien présente physiquement mais est indisponible psychiquement. Envahie par la tristesse, elle va ainsi désinvestir son enfant. Il va alors devoir faire le deuil de l'imago maternel. Ce deuil est d'autant plus difficile pour l'enfant qu'il arrive de manière brutale et ne prend pas sens pour lui. Le bébé pensant être le centre de l'univers maternel, va interpréter ce désinvestissement comme une conséquence de ses pulsions dirigées vers sa mère. Après un temps où il va chercher à la réparer, il va ensuite s'identifier à cette «mère morte» de manière inconsciente. Cette réaction symétrique qui correspond à une identification en miroir est le seul moyen pour le bébé de maintenir un lien avec sa mère. Il va alors chercher à rendre un tiers coupable de la dépression maternelle dans une pseudo-oedipification. Ce deuil va alors peser sur l'avenir libidinal objectal et le narcissisme. (26) (117)

Mais à partir de quand peut-on considérer que le bébé se déprime en son nom propre et non en miroir à la dépression maternelle?

Pour certains auteurs, la dépression du nourrisson au sens strict n'existe pas. Elle serait plutôt la conséquence d'un trouble de la relation lorsqu'un ou plusieurs partenaires du bébé présentent des symptômes dépressifs. (26) Pour *Tronick et Weinberg*, l'accès à une intersubjectivité secondaire «autorise» le bébé à développer une psychopathologie qui lui est propre. En repérant les difficultés de sa mère et son état émotionnel ainsi que la colère ressentie et dirigée contre elle, il tentera de se défendre en déniait ses émotions et en les contrôlant. Ses réactions émotionnelles deviendront alors très pauvres. (40)

Entre 0 et 6 mois, avant l'accès à l'intersubjectivité, la question se pose donc encore de savoir si la dépression est l'expression d'une dépression maternelle; d'un trouble de l'interaction avec désengagement; d'une réaction à un vécu algique ou de fatigue du bébé ou encore d'une dépression endogène. (13)

Il est important de souligner que la présence d'une dépression maternelle n'entraîne pas de manière systématique une dépression chez le nourrisson. Une maman déprimée peut déprimer son bébé mais un bébé déprimé peut également déprimer sa mère. (32)

Conséquences de la dépression maternelle et/ou du nourrisson sur la communication mère-enfant:

Les mères déprimées vont assurer les soins de manière mécanique et seront peu investies psychiquement. Il y aura peu de regards partagés. Les mères déprimées auront un visage figé avec peu de mouvements. Or nous avons vu que les mouvements faciaux étaient importants car grâce à eux le bébé ne «s'habitue» pas au visage de sa mère et ils favorisent la communication. Ces mères ont par ailleurs plus de difficultés à s'ajuster aux besoins de leur bébé. Elles ne pourront donc pas assurer la fonction de contenance et de régulation du tonus. Les mères déprimées ont également plus de difficultés à moduler leur voix, l'intensité étant généralement diminuée. (118)

Le bébé doit alors s'autoréguler de manière précoce. Ces bébés auront tendance à s'accrocher au regard d'un tiers et à présenter une hypervigilance. Ils seront aussi moins à l'initiative d'échanges interactifs et leurs réponses à des stimuli seront moindres, ce qui a pour conséquence d'altérer la communication. (26) (118)

La communication mère-enfant étant pauvre, l'émergence des pensées le sera également. (118)

Weinberg et *Tronick* ont démontré que la dépression et l'anxiété maternelles avaient un impact sur l'interaction mère-bébé. La gamme de réponses des interactions affectives et comportementales chez les mères déprimées est plus limitée que chez les autres. Le bébé, confronté à un style interactif plus pauvre, ralenti, et sans musicalité va reproduire ce mode d'interaction dépressif avec un tiers. La communication sera donc altérée avec l'ensemble de son entourage. A l'âge de 3 mois, la persistance de ce style interactif avec ou sans la présence de sa mère démontre l'intégration des patterns d'échanges précoces.(41) (40) (112) (119) (120)

Cohn et Tronick ont montré qu'il existe quatre types de pattern d'interaction entre la mère déprimée et son enfant:

- Mère triste, ralentie, silencieuse, repliée sur elle-même, peu d'expression affective.
- Mère colérique, tendue (notamment au niveau du visage).
- Mère intrusive et brusque lors des interactions qui peut hyperstimuler son bébé
- Les signes précédents sont mélangés. (26)

Murray et coll. ont montré que la capacité de la mère à initier et à soutenir la communication précoce lors de périodes d'interactions avec son bébé avait un impact positif sur le développement cognitif de l'enfant. Dans le cas d'une dépression post-natale, cette communication altérée (moins d'initiation à la communication, échange verbal moins soutenu) aurait donc un impact défavorable sur le fonctionnement cognitif de l'enfant à court et moyen terme. (121)

Les études concernant l'évolution du développement sensorimoteur, cognitif et du langage sont cependant contradictoires. Certaines soutiennent qu'il n'y a pas de différence significative dans ces domaines entre un enfant, entre 18 et 24 mois, que la mère soit déprimée ou non. Il est cependant décrit que l'hypertonie, l'anxiété et des symptômes somatiques étaient plus souvent observés chez les bébés de mères déprimées. (118)

Il a également été constaté plus de profils atypiques au niveau de la communication et de la socialisation vers l'âge de 2 ans chez les enfants de mère déprimée. (92)

Une mère déprimée va aussi moins soutenir l'attention de son bébé lorsqu'il est attiré par un objet tiers extérieur à la dyade. Elle va alors détourner son regard et son attention de celui-ci. Elle encourage donc moins le bébé à explorer son environnement. (92)

La communication analogique peut donc être altérée lors d'une dépression maternelle et/ou d'une dépression du nourrisson. Nous pouvons nous interroger sur l'effet que cette altération peut avoir sur la mise en place de la communication intersubjective.

II. Jade

Nous avons rencontré Mme F. le lendemain de son accouchement afin d'évaluer une anxiété importante. Mme F. nous a alors rapporté un lourd passé d'abus sexuels dans son enfance. Plusieurs hospitalisations en psychiatrie avaient été nécessaires devant l'apparition d'idées suicidaires. Depuis l'accouchement, elle se dit très angoissée devant la réémergence de son passé et se «sentir vide». Elle peut aussi évoquer son inquiétude d'être mère. Elle ne présente pas de syndrome dépressif.

Mme F. peut évoquer son passé avec une facilité qui nous déconcerte: nous pensons y reconnaître la transparence psychique maternelle.

Jade est née à 37 semaines d'aménorrhée et a présenté un retard de croissance intra utérin. Elle a beaucoup de difficulté à réguler sa température corporelle. Elle dort beaucoup et nous avons peu l'occasion de la voir dans un *état d'éveil actif*. Des échanges visuels brefs avec sa mère peuvent cependant avoir lieu lors de ces moments et dans un plaisir partagé. Nous constatons rapidement un *trouble de la régulation tonique* avec la présence d'une *hypertonie postérieure*.

Devant la pathologie limite de la mère et les troubles que peut présenter Jade, une prise en charge conjointe par les équipes de psychiatrie, de pédopsychiatrie et de la PMI (Protection Maternelle Infantile) a été mise en place.

Nous rencontrons Mme F. et Jade en consultation à plusieurs reprises. Des *troubles alimentaires* sont au premier plan chez Jade. Mme F. donne à manger à sa fille en utilisant une seringue car d'après elle, Jade est incapable d'avoir une succion efficace. Chaque repas dure une heure trente, ce qui épuise et *irrite* la mère. En consultation elle tient à nous montrer comment elle donne à manger à sa fille et combien cette tâche est pénible. Mme F. peut être très *impulsive* et présenter une *labilité émotionnelle*. Jade présente un *trouble de la régulation de son état de vigilance*: elle dort toujours énormément. Jade a également une installation préférentielle vers la gauche et l'hypertonie postérieure est toujours là.

Durant plusieurs semaines, Mme F. ne s'est pas rendue aux consultations de psychiatrie adulte qui lui ont été proposées. Pourtant durant les visites à domicile de la psychomotricienne

qui vient pour Jade, elle ne cesse d'exprimer son mal être et ses difficultés. Il nous semble que *notre collègue se retrouvait alors en prise avec un transfert important de la mère. Notre hypothèse est qu'il existait un clivage entre la psychiatrie adulte, mauvais objet, et la pédopsychiatrie, bon objet.* .

Nous décidons de mettre en place une co-thérapie: notre collègue psychomotricienne se centrera sur la prise en charge de Jade, et nous essaierons de travailler sur les interactions comportementales et fantasmatiques de Mme F. Le but de ces consultations conjointes est alors de contenir à la fois le psychisme de Mme F et celui de Jade, et de pouvoir transformer les représentations négatives maternelles.

Nous rapportons ici le déroulement d'une consultation conjointe au domicile de Mme F. et de Jade, qui a alors un peu plus de 3 mois. Cette consultation se déroule dans le nouvel appartement dans lequel Mme F., son compagnon et Jade viennent d'emménager. Mme F. nous accueille et nous croisons brièvement le père qui part au travail.

Dans le salon, nous découvrons au milieu de cartons, un pitbull en cage, deux chats et leurs cinq chatons qui courent dans nos jambes, et une montagne de linge qui cache Jade, immobile dans son cosy les yeux ouverts. Mme F. commence par terminer son repas puis nous fait visiter l'ensemble de ce petit appartement pour nous montrer combien elle et sa fille sont bien dans cet appartement plus spacieux. Nous entendons Jade gémir dans le salon. «C'est l'heure du biberon» nous informe la mère. Avant de lui donner son biberon, elle souhaite la changer «parce qu'elle prend toujours beaucoup de temps pour manger». Durant ce temps de change, *les gestes sont mécaniques* malgré une volonté de la mère de nous montrer tous les efforts dont elle est capable pour maintenir un état d'éveil chez sa fille et partager un lien affectif. Les regards entre les deux sont pauvres et brefs. Nous ne constatons *pas d'accordage affectif*. Jade se met à nouveau à gémir mais Mme F. ne semble pas le remarquer, occupée à nous énumérer les problèmes auxquels elle doit faire face.

«Il faut que je prépare son biberon, vous pouvez la prendre si vous voulez». Ma collègue psychomotricienne commence alors son travail avec Jade. Contenue physiquement et mise en forme, une *interpénétration des regards* est possible, de même qu'une poursuite oculaire. Des *jonctions main-main ou main-bouche* sont possibles. Elle présente une bonne organisation motrice au niveau des membres supérieurs. La motricité spontanée au niveau des membres inférieurs est faible.

Jade va cependant se *désorganiser* rapidement et se mettre à pleurer. Nous percevons à ce moment-là le sentiment de faim qui l'envahit. La mère poursuit son discours tout en s'affairant dans la cuisine afin de préparer le biberon. *Ce discours ne semble pas faire empreinte puisqu'elle peut évoquer des choses qui la gênent à plusieurs reprises.* Malgré tous nos efforts pour calmer Jade, elle hurle. Mme F. va mettre plus de 45 minutes pour préparer le biberon. *Cette attente nous paraît interminable. Nous ne pouvons que constater l'état de désorganisation dans lequel se trouve Jade.* Les pleurs et les cris énervent beaucoup sa mère. *La mère occupée matériellement, est indisponible physiquement et psychologiquement.* Jade s'endort ensuite épuisée. Mme F. va alors la réveiller pour lui donner le biberon. «Vous voyez, elle dort tout le temps pour le biberon».

Mme F. ne peut percevoir et s'adapter aux rythmes physiologiques de Jade. Les tentatives d'appel de Jade qui cherche à communiquer sa sensation de faim à sa mère ne seront pas entendues, Mme F. ne pouvant percevoir Jade comme un être différencié.

Durant la prise en charge nous avons par ailleurs constaté que Mme F. refusait systématiquement l'aide que son compagnon pouvait lui apporter. Elle refusait notamment qu'il change sa fille et faisait le lien avec son histoire personnelle d'abus sexuel. Elle pouvait mettre en place des comportements qui entraînaient le départ ponctuel du domicile de son compagnon.

Nous apprendrons plus tard que le couple s'étant séparé, Mme F. et Jade ont vécu plusieurs mois en foyer mère-enfant. Devant l'absence de soins adaptés et le désinvestissement psychique progressif de Jade par la mère, Jade a été placée en pouponnière quelques mois plus tard.

Dans cette situation clinique, un trouble important de la communication existe entre cette mère diagnostiquée état limite et sa fille. Les réponses de Mme F. à son enfant sont souvent inadaptées. Mme F. nous semble peu en capacité d'éprouver de l'empathie pour Jade et peu en capacité de percevoir ses besoins ou les signaux d'inconfort qu'elle manifeste. La préoccupation maternelle primaire nous semble absente. Elle peut fréquemment faire passer ses besoins avant ceux de Jade (repas, cigarette...). Les interactions comportementales et

affectives sont mécaniques. L'accordage lors du change est opérationnel. Le portage est peu ajusté. Il nous apparaît que la mère est peu en mesure d'assurer une fonction de holding suffisante pour sa fille. Jade peut cependant utiliser un tiers comme soutien et, contenue physiquement, elle est capable d'interactions et notamment de communication visuelle. Les difficultés de Jade à réguler son attention et ses troubles de la succion semblent être vécues comme une blessure narcissique pour la mère. Par ailleurs, la communication verbale entre la mère et sa fille est rare.

Mme F. semble également avoir besoin de l'autre pour être confortée dans ses fonctions maternelles, et être revalorisée narcissiquement. Nous émettons l'hypothèse que le détour par l'autre lui est nécessaire pour construire une représentation de Soi valorisante. D'un autre côté, cette dépendance à l'autre peut lui être intolérable ce qui peut entraîner chez elle des mouvements agressifs et impulsifs envers certains soignants. Les mouvements émotionnels peuvent aussi être importants.

La répétition de réactions d'empiètements de la mère (Winnicott) et le décalage qui existe entre les besoins du bébé et la réponse apportée par la mère, rend difficile la construction d'une limite entre Soi et l'autre chez le bébé. Les affects de la mère peuvent venir envahir le psychisme du bébé. Le bébé aura alors des difficultés à créer une image interne suffisamment stable pour accéder à une *intersubjectivité* et permettre l'émergence de la pensée.

L'imprévisibilité du comportement maternel entraîne souvent un attachement de type insécure. Dans le cadre d'une pathologie limite maternelle, il est important de rester attentif au risque de maltraitance.(118) (122)

Chez une mère qui souffre d'une telle pathologie, l'investissement narcissique de l'enfant par celle-ci permet de mettre en place une alliance thérapeutique plus centrée sur le bébé que sur elle-même. (122)

C'est effectivement ce que nous avons pu constater dans cette situation: les soins pédopsychiatriques ont pu se poursuivre alors que le suivi psychiatrique a été mis à mal par la mère (mécanismes de clivage présents chez cette mère).

Lorsque la mère présente un état limite, des soins pour le bébé mais également pour la mère sont souvent nécessaires après l'accouchement. Nous soulignerons ici l'importance du travail en réseau pour venir soutenir cette dyade. Une prise en charge contenante et continue dans le temps, peut permettre à la mère de reconstruire une continuité psychique. En portant un regard positif sur son bébé, l'équipe va lui permettre de retrouver confiance en ses qualités de mère. L'intérêt que les soignants vont porter à l'enfant, va permettre à la mère de s'intéresser aux éléments traumatiques de son passé et aux éléments transgénérationnels pour ainsi revisiter son histoire.

Une fois une certaine contenance psychique retrouvée, la mère pourra assurer à son tour une contenance et un holding à son bébé. (118) (122)

III. Emma et Manon

Nous avons rencontré Mme A. pour la première fois dans la maternité où elle venait d'accoucher d'Emma et de Manon par césarienne et en urgence pour des anomalies de rythme cardiaque. L'équipe soignante s'inquiétait de son comportement inadapté (elle parlait aux ours dessinés sur la couche de ses jumelles), tenait des propos incohérents et de l'état d'incurie dans lequel elle se trouvait, elle et ses enfants. Une hospitalisation en unité psychiatrique mère-enfant s'est rapidement imposée pour pouvoir prendre en charge la décompensation psychotique de la mère et les troubles des interactions mère-enfants.

Durant les premiers temps de cette hospitalisation, Mme A. semble avoir beaucoup de difficulté à s'approcher et à toucher ses enfants. Elle dit avoir peur de les porter. Elle vient les observer dans la nurserie mais aucune communication verbale n'est observée. Elle passe beaucoup de temps à installer les bras de ses filles le long de leur corps et à les remettre dans cette position lorsqu'elles les bougent. *Notre hypothèse est que Mme A. a des difficultés à percevoir «l'enfant réel» chez ses filles et leur fonctionnement psychique propre.*

Au moment des repas des jumelles, l'équipe soignante doit venir chercher Mme A. pour qu'elle donne à manger à ses enfants. *Chez cette mère, nous pouvons alors constater une incapacité à comprendre les besoins de ses jumelles et un défaut d'ajustement aux rythmes de ses filles. Elle ne peut percevoir ses filles comme des êtres individués.*

La situation clinique que nous allons décrire se déroule lors d'un repas. Mme A. commence par s'approcher et regarder en silence Emma, éveillée dans son lit. Les mouvements corporels d'Emma sont très pauvres. *Mme A. ne semble pas savoir quoi faire afin de préparer son repas. Notons également qu'elle prend en charge Emma d'une manière préférentielle.* Un membre de l'équipe lui propose de l'aider à organiser le matériel et à s'installer pour donner le biberon à Emma. *Nous constatons que l'ajustement corporel est très difficile, notamment les bras de Mme A. sont très raides. Le dialogue tonique n'est pas ajusté.* Emma boit très rapidement son biberon, les yeux fermés. A la fin du repas, des échanges de regards et de sourires brefs peuvent alors avoir lieu entre Mme A. et sa fille. Mme A. semble alors s'émerveiller de la capacité de son enfant à s'alimenter et lui adresse quelques paroles tendres. *La voix est alors très faible et les mimiques et expressions faciales pauvres. Nous constatons une discordance entre les propos de Mme A. et la manière dont elle les exprime.* Pendant ce temps, Manon s'est réveillée et pleure dans son berceau. Les cris s'accroissent pendant que Mme A. donne le biberon à sa sœur mais elle ne semble pas les avoir remarqués. A la fin du biberon d'Emma, Mme A. explique à la soignante qu'elle est exténuée et trop fatiguée pour donner le biberon à Manon. La soignante s'occupe alors de nourrir Manon et propose à Mme A. de rester pour l'observer. Le visage de la mère semble se fermer de plus en plus. Mme A. est dans une position de retrait. Après quelques minutes, toujours silencieuse, elle retourne s'isoler dans sa chambre. Le regard de Manon n'aura pas croisé celui de sa mère. Il n'y aura pas eu de communication entre elles.

Emma, bébé plus vigoureux à la naissance, semblait s'adapter plus facilement au comportement de sa mère que sa sœur: elle mangeait correctement et pouvait esquisser des sourires, ce qui paraissait satisfaire la mère et la valoriser narcissiquement. Les interactions visuelles désorganisaient cependant très rapidement Emma provoquant chez elle une hypertonie postérieure.

Manon, plus fragile, se désorganisait plus rapidement à tout stimulus. Elle avait besoin de beaucoup de temps pour prendre ses biberons et la soignante devait la stimuler à de nombreuses reprises. Moins valorisante narcissiquement, elle semblait être mise de côté par sa mère. Pour elle la contenance paraissait être absente tant sur le plan physique que psychique (défaut de holding maternel). Elle se réfugiait facilement dans une position de retrait relationnel. Elle présentait également un trouble de la régulation du tonus avec une hypotonie globale.

Durant cette hospitalisation, le père fut peu présent et nous semblait être dans le déni des difficultés de son épouse. Mal à l'aise dans la prise en charge de ses filles, il nous donnait l'impression d'être dans une conduite de fuite. Les interactions entre lui et ses filles étaient rares. Les jumelles ne pouvaient pas bénéficier du soutien des proches pour entrer en communication avec un tiers.

L'instauration d'un traitement a rapidement permis l'amélioration clinique de la mère. Cependant, à la sortie de l'unité mère-enfant, les interactions restaient encore pauvres, mécaniques et la communication avait encore du mal à s'établir (*peu d'échanges visuels, peu de plaisir partagé lors de contacts tactiles, dialogue tonique mal ajusté, prosodie maternelle pauvre...*). Un accompagnement pluridisciplinaire ainsi que des temps d'accueil en crèche ont été proposés pour soutenir le développement psychomoteur d'Emma et de Manon ainsi que les interactions mère-enfants pour permettre la mise en place d'une communication entre cette mère et ses filles.

A travers cet exemple nous voyons combien la communication entre la mère et son enfant peut être altérée dans le cadre d'une psychose maternelle.

La **psychose puerpérale** apparaît en général entre le 6^{ème} et le 15^{ème} jour mais elle peut survenir plus tardivement. Le risque principal de cette décompensation psychique est l'infanticide. La psychose puerpérale est une psychose délirante aiguë où la composante thymique est importante. Les idées délirantes concernent surtout l'enfant. L'évolution la plus fréquente est la régression progressive des symptômes. Cependant des troubles thymiques peuvent apparaître sur le long terme. Les réponses de la mère aux besoins et aux sollicitations du bébé sont le plus souvent inadéquates voir opposées. Elle adopte facilement une position de retrait par rapport à son bébé. (3) (123)

Chez les femmes présentant un **trouble psychotique préalable**, la grossesse semble plutôt, dans la majorité des cas, stabiliser voir améliorer l'état clinique de la patiente. En revanche, les décompensations sont plus fréquentes durant le premier mois après l'accouchement ainsi que lors des étapes d'individuation, comme lors du sevrage. (38)

Même lorsque les symptômes cliniques maternels s'améliorent, une prise en charge pour soutenir les interactions et la communication de la dyade est le plus souvent nécessaire.

En effet des troubles sont fréquemment retrouvés chez le nourrisson:

- évitement du regard, évitement relationnel
- trouble de la régulation tonique: hypertonie ou hypotonie
- hypervigilance
- adaptation aux états psychiques maternels et hypermaturité
- désorganisation rapide à tout stimulus ou désorganisation à la suite d'une hyperintrusivité maternelle. (3)

Il est aussi fréquent que le bébé recherche la présence d'un tiers (père, membre de la famille, soignant). Il est important que celui-ci puisse verbaliser le vécu et mettre en mot les sensations du nourrisson, c'est-à-dire assurer une *fonction alpha* lorsque la mère ne peut le faire. Ce tiers va assurer au bébé une contenance qui lui permettra de développer une enveloppe psychique stable et d'accéder à l'intersubjectivité.

IV. Lucas

Lucas, bébé né sous X, a été placé dans une famille d'accueil peu après sa naissance en attente d'adoption. C'est à la demande de la nourrice Mme H. que Lucas a été reçu par une pédiatre qui a rapidement sollicité l'équipe de pédopsychiatrie.

Lors de la première rencontre Lucas a 2 mois.

Lucas arrive endormi. Mme H. nous raconte que Lucas dort énormément. Le sommeil semble être un refuge pour lui. Notre collègue psychomotricienne essaye de le réveiller en utilisant différents objets: il réagit à un son mécanique. Il passe alors très vite d'un état de sommeil profond à un état de cris et pleurs important (*passant du stade 1 des niveaux de vigilance au stade 6, Brazelton*). Le bruit semble l'avoir très rapidement désorganisé.

A nouveau apaisé, nous constatons que Lucas présente une raideur générale au niveau corporel. Les bras sont en hyperextension et la motricité spontanée est très faible. Nous n'observons pas de jonction main-main ou main-bouche. Il n'y a pas de regroupement

possible. Lucas est en hypertonie et présente une hyperextension postérieure. Il ne semble pas percevoir ses articulations. Son visage aussi est contracté. Ses expressions et mimiques sont pauvres. Il présente une installation préférentielle à gauche et nous observons une plagiocéphalie. Nous ne constatons pas de mouvements stéréotypés. Il peut crier mais il ne produit pas de lallations.

Lorsque nous essayons de le toucher, il se désorganise à nouveau et pousse des hurlements. Le moindre contact cutané, surtout au niveau du cou et des mains provoque cette réaction, ce qui est décrit par la nounou depuis la naissance. Il faut alors beaucoup de temps et de contenance verbale, physique et psychique pour que Lucas puisse s'apaiser. Mme H. pense que pour Lucas le contact physique semble être algique.

Durant cet entretien, les phases d'éveil actif sont très brèves, Lucas présentant un retrait émotionnel important. Lors des périodes d'éveils, nous constatons qu'il n'existe pas de poursuite oculaire des personnes. Elle est partielle avec des objets inanimés. Malgré une contenance physique, il n'existe pas d'accrochage visuel. Il ne va pas chercher à explorer son environnement visuellement.

Il n'y a pas de sourire réponse. Lucas semble présenter un agrippement au niveau de la bouche: sa succion est très mécanique et il ne semble pas prendre de plaisir à téter. Mme H. nous raconte que Lucas mange beaucoup. *Nous émettons l'hypothèse qu'il pourrait chercher à remplir sa bouche et son tractus digestif pour avoir un sentiment de contenance interne afin de lutter contre des angoisses archaïques.*

Nous constatons que la seule façon d'entrer en contact avec Lucas est de lui proposer des sensations unimodales. Les informations multimodales provoquent un démantèlement chez lui. Lucas a besoin que son partenaire s'ajuste très finement. Tout ajustement trop rapide ou trop intense (parole un peu plus forte, attention dirigée brièvement ailleurs) le désorganise. *Lucas semble chercher à éviter la communication.*

Devant le retrait relationnel, le démantèlement rapide lorsque nous essayons de communiquer avec lui par contact physique ou par communication verbale, le non accrochage du regard, les troubles de la régulation tonique et des niveaux de vigilance, nous considérons Lucas comme un bébé à risque autistique.

Une prise en charge en psychomotricité se met en place deux fois par semaine.

Vers l'âge de 5 mois, les référents de Lucas pensent qu'il est désormais capable d'être mis en contact progressivement avec ses parents adoptants.

Il est alors capable de percevoir les modalités sensorielles de manière comodale sans se désorganiser systématiquement. Lucas semble moins sensible aux variations des flux sensoriels. Même s'il présente toujours un trouble de la régulation des états de vigilance, il est de plus en plus dans un éveil actif. Il peut rester éveillé deux heures environ.

Le contact tactile est désormais possible. Une hypertonie globale persiste. Avec la contenance d'un tiers, la motricité des membres supérieurs est plus développée. Lucas peut se regrouper et faire des jonctions mains-mains et main-bouche. La coordination visio-manuelle se met en place progressivement. Le bas du corps semble encore peu investi. Il peut maintenant suivre une personne ou un objet du regard. Lucas peut aussi gazouiller.

La relation qu'il entretient avec sa nourrice semble investie, ce qui n'est pas toujours le cas avec des inconnus. Mme H. nous raconte qu'il a semblé prendre plaisir lors de la rencontre avec ses parents adoptifs.

Mme H. nous raconte que Lucas supporte encore difficilement les changements dans son environnement (*immuabilité*). Il peut vite se désorganiser au moindre de ces changements. Des examens somatiques ont provoqué chez lui un démantèlement pendant plusieurs jours. Il était alors dans un retrait émotionnel complet.

Durant ces quelques mois, Lucas a ainsi développé ses compétences sensorielles et ses capacités de régulation de son état de vigilance et tonique. Il semble également moins fuir la relation à l'autre. Cependant il reste un bébé fragile et la présence de personnes ou de situations inconnues peut encore le désorganiser.

Lucas poursuivra les soins de psychomotricité, soutenu par les soins et la contenance que lui apportent ses parents adoptifs.

Signes précoces d'autisme infantile

Il nous semblait important d'évoquer les troubles précoces de la sphère autistiques dans cette partie clinique abordant les troubles de la communication infantile. En effet, un enfant autiste présente une altération majeure de ses capacités de communication. L'enjeu actuel est le dépistage précoce de ces troubles. En les prenant en charge le plus précocement possible, nous espérons qu'ils seront moins sévères lorsque l'enfant va grandir.

La première description de l'autisme a été faite par *Kanner* en 1943. Certains auteurs comme *Carel*, préfèrent utiliser le terme **de retrait relationnel** pour décrire les troubles précoces de la sphère autistique chez les enfants durant les premiers mois. En effet, comme nous l'avons vu le retrait émotionnel a une définition plus large et peut être la manifestation de plusieurs pathologies. Le diagnostic de retrait relationnel ne préjuge pas de l'évolution clinique du bébé. (52)

Houzel nous propose une synthèse des signes cliniques d'autisme infantile repérables de manière précoce. (52)(116)

Tableau 6 : Signes précoces d'autisme infantile selon Houzel (52)(116)

Troubles des conduites sociales non linguistiques	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Défaut d'attitude anticipatrice ◦ Défaut ajustement postural ◦ Aversion pour le contact corporel ◦ Défaut attention conjointe ◦ Défaut de pointage ◦ Défaut de jeu de « faire-semblant »
Troubles du prélangage	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Défaut de lallation ◦ Babillage monotone ◦ Vocalisation idiosyncrasiques
Retard et anomalies du développement psychomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hypotonie ◦ Dystonie ◦ Mauvais contrôle postural ◦ Perte temporaire des acquisitions
Absence des organisateurs de Spitz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Absence ou rareté du sourire au visage humain ◦ Absence d'angoisse devant le visage étranger
Troubles des conduites perceptives	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Défaut de contact œil-œil ◦ Evitement actif du regard ◦ Fascination par les mains ◦ Impression de surdité ◦ Réactions paradoxales aux bruits
Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Retrait, indifférence au monde extérieur ◦ Absence d'intérêt pour les jouets ◦ Inactivité, ralentissement ◦ Comportements répétitifs ◦ Mouvements stéréotypés ◦ Maniement étrange des objets (objet autistique) ◦ Cris, colères, auto-agressivité
Troubles fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Difficultés à téter ◦ Vomissements ◦ Anorexie très précoce ◦ Mérycisme ◦ Insomnies agitées ou calmes
Phobies précoces	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Des bruits ménagers, autres
Conduite d'agrippement	
Conduite de démantèlement	

Nous constatons qu'un certain nombre de ces signes cliniques sont également évoqués lors d'une dépression du nourrisson.

Pour *Carel*, la différence se situe dans la relation avec l'autre. Les signes de souffrance chez les bébés dépressifs semblent se majorer lorsqu'un soignant ne lui prête plus attention alors qu'au contraire chez les enfants présentant des troubles autistiques, les signes de

souffrance s'accroissent lorsque le soignant cherche à maintenir une relation avec lui. Les nourrissons dépressifs auraient peur d'être lâchés alors que les nourrissons avec trouble autistique auraient peur d'être pénétrés, intrusés. (26) (52)

Les travaux concernant les difficultés de communication et les troubles du langage chez l'enfant autiste sont nombreux. Nous ne ferons donc ici que quelques remarques.

Les bébés ont classiquement une attirance préférentielle pour le visage humain et les voix humaines plutôt que d'autres bruits (clochette, voiture...). Il a été démontré que l'enfant autiste traite la voix humaine de la même manière que les autres bruits, ce qui ne permet pas de favoriser le développement dans les interactions. L'enfant autiste a également des difficultés à coupler la voix et l'image visuelle soit dans la perception intermodale. (43)

Plusieurs études sur les capacités sensorielles et d'intégration multimodale des stimuli environnementaux chez les enfants présentant des troubles autistiques sont ainsi en cours.

Les travaux sur l'imitation sont aussi très stimulants.(59)

Par ailleurs, une des manières de comprendre les troubles du langage est la suivante: la séparation peut être très angoissante pour les enfants autistes. Ils cherchent à combler les situations de séparations par des comportements de collage, par des objets autistiques. Or pour les enfants autistes, c'est le principe du langage qui incarne une séparation. L'idée de parler est effrayante dans la mesure où elle vient démontrer qu'il existe un espace entre lui et l'autre. (11)

La présence de signes cliniques évoquant un retrait relationnel et des signes précoces d'autisme infantile, nécessite la mise en œuvre rapide d'une prise en charge adaptée.

Enfin, il nous semble indispensable de soutenir les parents confrontés au quotidien à un bébé présentant de tels troubles de la communication.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION

Nous aborderons ici les principaux moyens de prise en charge à notre disposition pour prévenir l'installation de troubles de la communication et la rétablir si nécessaire.

Une prise en charge précoce des troubles de la communication nous semble nécessaire afin que le bébé puisse se développer sur un plan psychomoteur et accéder aux processus d'intersubjectivité et à la communication verbale.

La construction du projet de soins se fera à partir de l'observation d'un trouble chez le bébé, d'une pathologie maternelle ou d'un trouble des interactions. Nous disposons d'une variété de dispositifs qui pourront être proposés et utilisés séparément ou de manière complémentaire en fonction de la situation clinique. La prise en charge, adaptée à chaque famille, pourra ainsi être centrée sur le bébé, sur les parents ou sur les deux.

Nous aborderons tout d'abord différents types de consultations thérapeutiques parents-enfant. Nous verrons ensuite l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et comment le travail d'orthophonie et de psychomotricité peut venir soutenir l'émergence d'une communication intersubjective. Nous développerons ensuite des exemples de différents lieux de prise en charge. Enfin, nous évoquerons différents outils thérapeutiques à notre disposition pour améliorer la communication entre les parents et leur enfant.

I. Consultations thérapeutiques parents-bébé

A. La consultation en périnatalité

La consultation en périnatalité se déroule en présence du bébé et de ses parents. Elle est proposée par un psychiatre (soit psychiatre pour adulte soit pédopsychiatre) ou un psychologue.

L'objectif de cette consultation est d'évaluer les symptômes présents chez le nourrisson. Pour cela, le thérapeute s'appuie sur les informations données par les parents. Il se base également sur son observation clinique du bébé pour repérer les difficultés et les capacités du nourrisson.

Cette consultation permet aussi d'évaluer l'état psychique des parents. En effet, la grossesse est source d'un bouleversement psychique important et des troubles spécifiques de la période périnatale comme la dépression du post-partum peuvent apparaître. La grossesse et la venue d'un bébé peuvent également décompenser un état psychique déjà fragilisé (psychose, trouble de la personnalité...).

Le thérapeute prête attention aux interactions qui existent entre les parents et leur enfant et à la manière dont la famille communique. Le thérapeute cherche à évaluer le type d'interaction actuellement présent dans la famille (recherche synchronique) mais aussi l'évolution des interactions depuis la grossesse jusqu'à la période actuelle (recherche diachronique). Le thérapeute pourra alors progressivement se représenter l'histoire de ce bébé. En évoquant leurs histoires personnelles, les parents lui permettront aussi d'intégrer l'histoire de leur bébé dans l'histoire de la famille (dimension transgénérationnelle). (8) (25) (32)

Afin d'évaluer les interactions, le thérapeute observe tout d'abord le comportement du bébé et de ses parents. Les interactions comportementales comprennent :

- les interactions visuelles: regards entre les parents et l'enfant, interpénétration du regard, détournement ou évitement du regard...
- les interactions vocales: présence de babillage, de lallation chez le bébé ou au contraire cris et pleurs intenses et difficilement consolables, qualité du parentais ajusté ou non (intensité, rythme) lors de la communication avec le nourrisson.
- les interactions corporelles: distance physique entre le bébé et ses parents, capacité de holding, dialogue tonique, échanges de sourires, contacts cutanés, portage... (25) (32)

Durant cette observation des interactions réelles, le thérapeute utilise sa capacité d'empathie pour évaluer les interactions affectives. Il pourra alors percevoir les éprouvés corporel-psychiques du nourrisson. Il doit cependant veiller à ne pas s'identifier de façon exclusive au bébé ou aux parents, au risque de ne pouvoir réussir à (r)établir une communication entre les différents partenaires. (25) (32)

Les interactions comportementales et affectives, nous permettent de mieux comprendre les interactions fantasmatiques. En effet, les scénarios fantasmatiques des parents influencent les interactions et la communication dans la famille. Le travail du thérapeute est d'interpréter ces fantasmes pour que les parents puissent en prendre conscience. Le cadre de la consultation a pour fonction de contenir ces scénarios fantasmatiques pour qu'ils puissent être exprimés. (25) (32)

Enfin, le thérapeute observe les interactions protosymboliques, manière dont les parents interprètent les comportements du bébé et leurs donnent une valeur de communication. Certains parents n'ont pas cette capacité à attribuer une valeur symbolique aux gestes de leur bébé.

La consultation thérapeutique a pour but de chercher la place que peut prendre le symptôme dans le fonctionnement familial et de questionner les projections et les identifications parentales. La transparence psychique et la préoccupation maternelle primaire qui bouleversent le fonctionnement psychique maternelle vont aussi lui permettre d'accéder à des niveaux de réflexion plus profonds. (34)

Dans certains cas, la consultation thérapeutique conjointe sera unique ou se limitera à quelques consultations. Son rôle est à la fois la préventif et thérapeutique. (8)

B. L'observation clinique et thérapeutique selon Brazelton

Comme nous l'avons abordé, l'échelle de Brazelton est un outil clinique très utile qui nous permet d'observer et d'évaluer les différentes capacités du nourrisson. Cette échelle peut aussi être utilisée de manière «informelle» dans un but thérapeutique. Sans être cotée, elle est alors surtout l'occasion d'instaurer un dialogue entre le thérapeute et les parents autour du bébé.

Pour le praticien, la passation de cette échelle est prétexte à montrer aux parents les compétences de leurs bébés. Il va les expliciter à travers différents commentaires. Les parents vont ainsi découvrir que leur bébé a des capacités insoupçonnées. Ainsi, le praticien propose aux parents une image positive de leur enfant. Cette dernière va à son tour revaloriser narcissiquement les parents. La communication entre parents et bébé sera ainsi facilitée par le

renforcement de l'investissement du bébé par ses parents et par l'émergence de projections fantasmatiques positives. Cette observation thérapeutique est ainsi l'occasion pour les parents de mettre en relation l'enfant réel avec l'enfant imaginaire et fantasmatique. (81) (124)

Cette observation est souvent source de questions pour les parents qui pourront trouver des réponses auprès du professionnel une fois l'examen terminé. Le praticien pourra rassurer les parents et leur donner des conseils. Ce temps d'observation permet d'aborder des inquiétudes et des angoisses des parents qui ne seraient pas verbalisées en dehors d'un support: le corps du bébé. (82)

Cette observation permet aussi de cibler les difficultés du bébé et d'aider les parents à adapter son environnement pour pallier à ces difficultés. Par exemple, les parents sont toujours surpris, quand nous leur proposons juste de diminuer l'intensité lumineuse dans la pièce, de constater l'ouverture progressive des yeux de leur enfant. Cette adaptation rend alors la communication visuelle possible. (82)

Brazelton était attaché au fait de montrer aux parents comment s'occuper d'un bébé hypersensible aux stimulations. Dans son livre *Points forts de la naissance à trois ans*, il détaille bien la manière de communiquer avec lui de façon progressive. Pour ne pas le surcharger en stimulations, il est préférable, par exemple, d'utiliser une communication unimodale (le toucher ou la voix ou le contact visuel...). Ce n'est qu'une fois que les parents ont ressenti un relâchement musculaire chez le bébé qu'ils peuvent introduire une nouvelle modalité sensorielle. Ils pourront ainsi ajouter la voix au toucher. Le thérapeute va aussi sensibiliser les parents aux différents signaux comportementaux qui expriment le plaisir ou l'inconfort du bébé. Les parents seront ainsi guidés dans la communication avec leur enfant. Lorsqu'un bébé est sensible il vaut mieux privilégier les pièces calmes (télévision ou radio éteintes, peu de personnes dans la pièce...) et des lumières tamisées. Parler avec une voix basse et proposer des pauses dans les stimulations (en respectant les temps de retrait nécessaires au bébé) vont l'aider à réguler les informations qui lui parviennent. Le rôle actif du nourrisson sera également souligné durant cette observation. Enfin, il est préférable de proposer des stimuli visuels ou tactiles d'intensité modérée pour ne pas déborder les systèmes de régulation du nourrisson. (82)

Cette observation thérapeutique est un temps de partage d'expériences et de connaissances du thérapeute avec les parents. C'est aussi l'occasion pour les parents d'établir une communication avec leur bébé et réciproquement grâce au soutien du thérapeute.

L'observation clinique du bébé selon *Brazelton* peut être un outil intéressant pour soutenir ponctuellement les parents dans les premières interactions mais aussi pour créer une alliance avec eux et les accompagner vers d'autres soins si nécessaire.

C. Les thérapies conjointes parents-bébés

Les thérapies conjointes se sont développées sous l'impulsion de *Fraiberg* qui a beaucoup travaillé avec les bébés et leurs parents sur la transmission transgénérationnelle. Elle considérait le bébé comme un «objet de transfert» de la part de ses parents.(28) (124)

Les thérapies conjointes parents-bébés peuvent prendre différentes formes:

- entretien de guidance simple
- psychothérapie d'inspiration analytique
- psychothérapie brève
- thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (42)

Il a été démontré que les bébés des mères déprimées présentaient une rapide amélioration des troubles de l'interaction lorsque soit un traitement de guidance, soit une psychothérapie d'inspiration analytique soit une TCC se mettait en place. (42)

Sutter et Guedeney, nous rappellent qu'il ne faut pas oublier de prendre en compte le père dans la prise en charge des troubles des interactions et de la communication chez le bébé. Longtemps ignorées, certaines études s'intéressent désormais aux pathologies spécifiques du père comme la dépression dans le post-partum paternel et l'influence que celle-ci peut avoir sur le psychisme de la mère et du bébé. (42) Il est donc important de l'inclure dès que possible dans la thérapie.

1. Psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Voici différentes approches en psychothérapies conjointes d'inspiration psychanalytique:

- Pour *Winnicott*, dans le cadre d'une thérapie conjointe parents-bébé, le thérapeute aura un rôle *d'objet transitionnel*. Il va principalement travailler sur la mise en lien des systèmes préconscients. Durant ces consultations il utilisera volontiers des jeux ludiques pour permettre à la mère et au bébé d'accéder à cet espace transitionnel. En appui sur l'espace transitionnel proposé par le thérapeute, la mère et le bébé vont se différencier progressivement. (13) (28)

- Lors de ses consultations, *Lebovici* cherche à dégager les *mandats transgénérationnels inconscients*, qui vont perturber la constitution du self du bébé. Ce travail va durer généralement deux ou trois séances. Pour agir sur les interactions parents-bébé, il utilise le concept *d'énaction*. Pour lui, l'*énaction* est un mécanisme inconscient qui appartient au contre transfert du thérapeute. Il ne s'agit pas d'un passage à l'acte mais d'une manière pour le thérapeute de ressentir dans son corps les éprouvés corporeo-psychiques du nourrisson. Ce ressenti sera interprété par le thérapeute qui en le mettant en mot le transformera en métaphore. Il s'agit là de la fonction *d'empathie métaphorisante* du thérapeute. (1) (25) (124) (125)

- La notion de groupe thérapeutique a principalement été développée par *Bion* à la Tavistock Clinic de Londres. Ainsi les groupes parents-thérapeute-enfant, fonctionnent comme un véritable appareil psychique collectif. La contenance du groupe, va assurer une fonction alpha et permettre de transformer les représentations psychiques de l'enfant. (1) (124)

2. Psychothérapies brèves

La thérapie brève mère-bébé est notamment utilisée par *Cramer* et *Palacio-Espasa*. Cette thérapie a pour but de modifier les investissements psychiques des parents envers leur bébé et non de traiter tout le fonctionnement psychopathologique de la mère ou du père. Pour cela, le thérapeute va proposer entre 5 et 10 séances.

Lors de ces consultations, le thérapeute est attentif aux projections des parents sur l'enfant mais aussi à la manière dont l'enfant va venir «matérialiser» en son corps les conflits

intrapyschiques des parents, qui entraînent des interactions pathologiques. Le thérapeute va faire prendre conscience de l'existence de ces projections et représentations mentales aux parents. Une fois celles-ci retravaillées, ils pourront ensuite se les réapproprier. Ce mouvement peut être accompagné d'un vécu dépressif des parents qui prennent conscience de leur rôle dans la symptomatologie que présente leur enfant. (13) (3) (34)

Ce type de psychothérapie est possible lorsque les parents ont suffisamment de capacité d'insight et de symbolisation. En effet, cette modalité de prise en charge sera peu adaptée dans des pathologies comme la psychose, les états limites... Dans ces cas, une psychothérapie plus longue sera souvent nécessaire.(32)

D. L'observation directe des bébés selon Bick

L'observation des bébés a d'abord été proposée par *Bick* comme une méthode de formation pour les thérapeutes d'enfants et d'adultes, au Royaume Uni, dans les années 1960. Elle a ensuite été aménagée dans une perspective thérapeutique. L'observation du bébé et de sa famille a lieu à domicile, de la naissance jusqu'aux deux ans environ de l'enfant à raison d'une heure par semaine. Cette méthode se déroule en trois temps: l'observation directe au domicile de la famille, la prise de notes en différé, puis la reprise des observations et l'élaboration en groupe. *Freud* (en 1911), décrivait les trois temps d'un acte psychique: attention, mémoire et jugement. Cette méthode d'observation permet donc de différencier ces trois temps. Lors d'une attention flottante et non jugeante, l'observateur va être attentif aux communications analogiques et digitales et aux communications conscientes et inconscientes qui existent dans la famille. Pour *Bick*, la perception et la compréhension de la communication non verbale chez le bébé sera également utile pour l'observateur qui prendra en charge des enfants plus âgés présentant des troubles psychotiques ou autistiques et qui ne sont pas en capacité d'accéder au langage verbal. Il va ainsi développer ses capacités d'empathie aux états émotionnels du bébé. Durant cette période, il cherchera à garder une position d'observateur et à ne pas prendre une part active dans le fonctionnement familial. Il s'abstiendra également de poser des questions à la famille, pour ne pas troubler la confiance de celle-ci en ses propres capacités de prise en charge. (62) (28) (126)

Au fil des années, la méthode d'observation directe de *Bick* a permis de développer les connaissances cliniques sur les premières étapes du développement psychique ainsi que sur les interactions précoces. (62) (28) (126)

Pour *Bydlowski* et *Graindorge*, «si on considère que l'image motrice est en soi de la pensée et de l'activité représentative, on accorde à l'observation directe des bébés la valeur d'un outil précieux quant à l'étude des processus psychiques eux-mêmes.» (14)

Houzel puis *Golse* définissent les **quatre fonctions de l'observation directe des bébés**:

- **Fonction de «sein-toilette» de l'observateur** (*Meltzer*): L'observateur, extérieur à la famille, va être le réceptacle de la souffrance des parents. Il va contenir leurs émotions et interrogations, pour qu'ils puissent ensuite les penser. Ainsi dépositaire des émotions agressives, qui pourraient se diriger vers le bébé, sa présence rend l'interaction bébé-famille plus sereine. (13) (127)

- **Fonction de requalification des parents**: Les parents peuvent rapidement se sentir disqualifiés dans leur fonction surtout si leur enfant est atteint d'une pathologie comme des troubles de la sphère autistique. La mère peut se sentir sous le contrôle d'un imago maternelle qui la dévaloriserait dans son rôle de mère. Cet «imago tutélaire» est souvent incarné par un membre féminin de l'entourage. Le thérapeute, en ne se s'identifiant pas à cette projection d'«imago tutélaire», va permettre à la mère de trouver seule des solutions et de la conforter dans ses compétences et son rôle. La mère est ainsi revalorisée narcissiquement. (13) (127)

- **Clarification des confusions de générations**: Pour pouvoir communiquer avec son bébé de manière empathique, le parent va régresser vers ses «parties bébé». Un équilibre entre les «parties bébé» et les «parties adulte» est nécessaire dans le psychisme du parent pour qu'il puisse éprouver les ressentis de son bébé mais aussi les transformer. Lorsqu'il existe une souffrance parentale, souvent liée à une souffrance infantile, le parent aura tendance à régresser vers ses «parties bébé» en se coupant des «parties adulte». Des perturbations importantes de la relation parent-bébé pourront apparaître. Grâce aux deux fonctions précédentes, l'observateur va permettre au parent de retrouver une place et des affects différenciés et ainsi de trier les confusions qui existent au niveau générationnel. (13) (127)

- **Identification des parents à la fonction d'observation de l'observateur**: L'observateur contient donc la souffrance psychique de la famille puis met à disposition son appareil à penser les pensées (*Bion*) pour lui permettre de transformer ses pensées et ses comportements.

Progressivement, les parents vont s'identifier à ces fonctions: les interprétations parentales sont ainsi rendues possibles. (13) (127)

L'observation directe des bébés peut aujourd'hui être appliquée à des domaines très différents: à titre préventif dans les crèches, dans des institutions (PMI, service d'hospitalisation, soins à domicile...) ou dans les situations à risque comme la prématurité, ou à titre thérapeutique avec des enfants présentant des troubles de l'interaction. Cependant cette méthode nécessite un investissement important (disponibilité et régularité) de la part de la famille et du thérapeute. (62) (28) (126)

II. Disciplines participant à la prise en charge

Nous voulons insister sur le caractère multidisciplinaire de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des troubles de la communication entre les parents et leur bébé.

En effet, dès la grossesse les sages-femmes et gynécologues sont attentifs à l'investissement psychique de celle-ci par la mère. Si besoin, ils pourront proposer des mesures de soutien qu'elles soient sociales, psychiatriques...

De plus, la majeure partie des troubles est d'abord repérée par des intervenants qui ne sont ni psychiatre ni psychologue. Ces troubles peuvent être observés dès la maternité par les gynécologues, les sages-femmes, les pédiatres, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les assistantes sociales...L'équipe de liaison formée par des psychologues, psychiatres et pédopsychiatres peut alors être sollicitée pour avis. Si besoin cette équipe peut faire le lien avec les structures de soins du secteur d'habitation de la mère et du bébé. (3)(42)

La prise en charge des troubles de la communication chez le nourrisson va également s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire qui peut être constituée de psychologues, d'infirmières, d'éducateurs, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de puéricultrices et de psychiatres. Nous insisterons sur la nécessité d'une coordination et d'une communication efficace entre les différents partenaires de la prise en charge afin de soutenir au mieux la famille. L'ensemble de ces partenaires va ainsi former un réseau qui viendra contenir la souffrance psychique du bébé et des parents.

A. Médecine générale et pédiatrie

Après la maternité, le médecin généraliste et le pédiatre sont en première ligne dans l'évaluation des troubles coporo-psychiques chez le nourrisson. En effet, le nourrisson exprimant sa souffrance physique ou psychique par son corps, les parents inquiets sont amenés à les consulter rapidement. (32)

Le médecin généraliste et le pédiatre ont alors plusieurs rôles:

- un rôle dans *l'évaluation clinique initiale*. Grâce à un interrogatoire détaillé et un examen somatique complet, ils déterminent si l'étiologie est somatique, psychique ou les deux. Selon les résultats, ils pourront rassurer les parents en les écoutant et en leur apportant des conseils ou si nécessaire, orienter les parents et leur enfant vers une structure de soins adaptés.
- lors des consultations médicales de suivi et de bilans obligatoires, ils ont un rôle de *dépistage des troubles* que les parents n'ont pas repérés ou qu'ils dénie. Là encore, ils procéderont à une évaluation et à une réorientation si nécessaire.
- après le repérage de troubles psychiques par une équipe de pédopsychiatrie, ils effectueront *une évaluation somatique*. L'examen somatique est indispensable devant des troubles de l'alimentation, digestifs, respiratoires ou du sommeil. Cette évaluation permettra de rechercher une organicité (déficit sensoriel, un trouble neurologique...) et de préciser l'étiologie des troubles. Des symptômes somatiques peuvent être la conséquence d'un trouble de l'interaction mais une pathologie somatique peut aussi être à l'origine de difficultés de communication entre les parents et leurs enfants. (29) (32)

Dans certains cas, un *avis pédiatrique spécialisé* est nécessaire (neuropédiatrie, gastropédiatrie, ORL, endocrinologie, génétique...). Ces évaluations étant complémentaires, la synthèse des évaluations peut permettre de mettre en lumière des éléments passés inaperçus et de poser ou d'affiner un diagnostic.

Un examen neurologique peut également nous aider à évaluer le niveau développemental moteur, postural et fonctionnel de l'enfant. (29) (32)

D'autres *examens complémentaires* peuvent aussi être demandés tels que:

- une évaluation des capacités auditives et/ou visuelles pour rechercher un déficit sensoriel
- une imagerie cérébrale dans le cadre d'une évaluation d'un trouble envahissant du développement par exemple
- une recherche de la présence d'une épilepsie avec un électro-encéphalogramme
- des fibroscopies oeso-gastro-duodénales et pH-métries lors d'un reflux gastro-œsophagien...
- des évaluations génétiques
- une recherche de maladies métaboliques. (29) (32)

B. L'orthophonie

Contrairement à certaines idées reçues, la prise en charge en orthophonie est possible avant l'apparition du langage et sera indiquée dans les troubles de la communication précoces.

Le travail consiste tout d'abord à *évaluer la communication non verbale* et la compréhension de l'enfant. L'orthophoniste s'appuie sur la participation active des parents (prise en compte de l'aspect affectif dans les échanges interactionnels). Elle *soutient la communication* avec des jeux, des supports visuels (photos; images) puis des échanges d'objets et de mots. Grâce à des stimulations sonores (orientation aux bruits, à la musique et à la voix) proposées de manière régulière et rythmée, l'attention du bébé va progressivement se tourner vers son environnement. Elle travaille également sur les interactions visuelles. (128)

L'orthophoniste montre aux parents comment soutenir l'apparition des babils (communication préverbale) grâce à des jeux d'imitation à faible distance, des variations de la prosodie maternelle,... L'orthophoniste propose également aux parents d'associer le verbal et la gestuelle lors de l'utilisation d'onomatopées, pour faciliter l'apparition du langage en utilisant les capacités d'imitation du bébé. (128)

Le travail de l'orthophoniste consiste aussi à expliquer aux parents comment doser la quantité d'informations données au bébé (pour ne pas le désorganiser), comment s'ajuster corporellement, et comment utiliser les gestes et les mimiques pour entrer en interaction avec leur bébé (travail sur une stimulation monomodale avant d'utiliser du multimodale). Un

travail de désensibilisation progressive aux bruits est parfois nécessaire lorsque le nourrisson y présente une hypersensibilité. (128)

La prise en charge de la sphère orobuccale, indispensable dans la mise en place du langage verbal, est également proposée. Le bébé apprend à mobiliser sa motricité linguale et labiale, la succion, la déglutition et à utiliser la mastication de manière spontanée ou par imitation. L'installation lors des tétées et la manière de stimuler le bébé lors de celles-ci sont également ajustées avec les parents. (128)

Lorsque la prise alimentaire doit se faire par sonde nasogastrique ou qu'il existe des troubles alimentaires, il existe une dysstimulation de la zone orale car le sentiment de satiété n'est pas accompagné des sensations tactiles, olfactives... qui composent le caractère hédonique de la tétée. Pour lutter contre ce phénomène, il est donc conseillé de stimuler de manière tactile la zone périorale et orale, avant et pendant le passage de l'alimentation entérale. Le passage à une alimentation normale sera alors facilité, la zone orale étant en quelque sorte désensibilisée. La prise en charge de ces troubles est importante car lorsqu'un bébé présente une irritabilité de la zone orale, il va se désorganiser et se mettre en hypertonie. L'interaction visuelle n'est alors plus possible et la communication est interrompue lors de la tétée. Une intervention précoce de l'orthophoniste est donc très importante dans des services d'hospitalisation comme la réanimation ou les soins intensifs néonataux. (52) (69)

Le travail de l'orthophoniste consiste donc à soutenir la communication analogique et permettre l'émergence de la communication verbale, en s'appuyant sur la relation de l'enfant avec ses parents et à prendre en charge les troubles de l'oralité qui pourraient avoir des conséquences sur la communication verbale.

C. La psychomotricité

Le psychomotricien considère le corps du bébé comme une charnière entre le monde intérieur de celui-ci et le monde extérieur qui l'entoure. Le travail de psychomotricité s'appuie sur le double ancrage corporel et interactionnel. *Thiebo* considère qu'il existe quatre éléments qui permettent de maintenir une unité psychomotrice: le tonus, le dialogue tonique, le holding et la spatialisation. (129)

Le psychomotricien peut d'abord être sollicité dans le cadre d'un **bilan**: il évalue alors les capacités sensorielles; motrices et sociales du bébé afin d'établir son niveau de développement psychomoteur. Pour effectuer ce bilan, il peut utiliser différentes approches: bilan sensori-moteur de *Bullinger*, échelle NBAS de *Brazelton*, échelle de *Brunet-Lezine*... qui évalueront le niveau d'organisation psychocorporelle ou l'âge globale de développement de l'enfant. (69) (82)

Ce bilan terminé, un **suivi en psychomotricité** peut être proposé si nécessaire.

Le travail du psychomotricien consiste d'abord à définir un *cadre thérapeutique* (temporel, spatial, verbal, et corporel) qui va contenir le corps et le psychisme du bébé.

Le psychomotricien utilise la communication analogique pour rentrer en contact avec le bébé, en utilisant notamment le regard comme enveloppe contenant. Grâce à ses capacités d'empathie, il met en place un dialogue tonico-émotionnel avec le bébé. Pendant l'ensemble de la séance, il s'attache à donner sens aux éprouvés corporels du bébé en les verbalisant (fonction alpha de *Bion*). Pour *Thiebo*, «tout se passe dans une co-construction des espaces relationnels, corporels, et psychiques». (129)

Le psychomotricien introduit progressivement des variations, des nouveautés dans l'environnement sensoriel et émotionnel du bébé, tout en respectant son rythme, afin de développer ses capacités corporelles et représentatives. En proposant des expériences variées au bébé dans un cadre sécurisant et contenant que ce soit au niveau corporel ou relationnel, le psychomotricien permet au nourrisson de développer ses capacités psychiques et motrices de manière globale. Le bébé perçoit son corps dans sa globalité, en relation avec le monde extérieur et se sent sujet de l'action. Le bébé, soutenu par ce tiers, accède ainsi à l'intersubjectivité, à la subjectivité et développe ses capacités de symbolisation. (129) (130)

Pour permettre au nourrisson de ressentir un sentiment d'unité, le psychomotricien utilise **la mise en forme corporelle**. Celle-ci repose sur le portage, le regroupement au niveau de l'axe médian et l'enroulement du bassin. Cette position permet au bébé de réguler au mieux ses flux sensoriels et de pouvoir communiquer avec l'autre. Cependant chez les nourrissons sensibles, un appui vocal peut également être nécessaire pour assurer une enveloppe sonore. Lorsque l'enfant est très désorganisé, un appui antérieur (main posée sur le sternum) est proposé en supplément. (55)

III. Lieux thérapeutiques

Les lieux thérapeutiques et les modalités de prises en charge sont variés. Certains lieux sont plutôt destinés à la prise en charge de l'enfant, d'autres soignent les psychopathologies parentales ou proposent de travailler les interactions parent-bébé.

A. Les soins ambulatoires

Nous allons tout d'abord évoquer le **Centre Médico-Psychologique (CMP)**. Les CMP sont des centres de consultations ambulatoires publiques. Chaque CMP accueille la population d'une zone géographique définie. La sectorisation des CMP est différente selon que l'on ait plus ou moins de 18 ans. Ainsi, il existe des CMP destinés aux adultes et d'autres pour les enfants de 0 à 18 ans.

C'est vers le CMP que convergent les premières demandes de consultation. Après une première évaluation, des bilans et un suivi sont proposés si nécessaires. (25)

L'équipe du CMP est multidisciplinaire et peut être composée de psychiatres, de pédopsychiatres, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'infirmières, d'éducateurs, d'assistantes sociales, de secrétaires...

Dans les CMP de pédopsychiatrie, nous pouvons proposer une prise en charge individuelle du nourrisson en psychomotricité, un travail avec la dyade mère-bébé, un accueil en groupe thérapeutique ou encore un soutien sur le plan social. Le CMP peut aussi proposer de réaliser une partie de ce travail lors de visites à domicile. La prise en charge est cependant très variable en fonction de l'organisation et des moyens disponibles sur chaque secteur. (25)

Le **Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)** est un lieu de prise en charge privé à but non lucratif. Il est plutôt spécialisé dans la souffrance psychique en lien avec l'école. Certains CMPP peuvent cependant proposer des prises en charge comme des groupes thérapeutiques mères-enfants. (25)

Le **Centre d'Action Médico-Sociale Précoce** (CAMSP) accueille les enfants de la naissance jusqu'à 6 ans. Il propose des consultations de prévention et de dépistage précoce. Ils peuvent également assurer des prises en charge si nécessaires (25)

B. Les interventions à domiciles

Les interventions à domicile sont notamment proposées aux familles les plus démunies (carences sociales, psychopathologies parentales, pathologies lourdes chez le nourrisson..). En effet, il leur est parfois difficile d'accéder aux soins. Ces interventions permettent aussi de travailler avec la famille élargie présente. (32)

Les visites à domiciles sont proposées par des équipes de pédopsychiatrie, des équipes de psychiatrie adulte et par les services sociaux. Là encore, la mise en œuvre de ce type d'interventions est très variable selon les secteurs (moyens financiers, personnels soignants disponibles et formés, orientation théorique...). Elles peuvent être préventives ou thérapeutiques. Par exemple, la méthode d'observation thérapeutique de *Bick* est un outil intéressant qui permet de soutenir les familles à domicile.

Ces interventions peuvent débuter dès la sortie de maternité avec la mise en place d'une hospitalisation à domicile d'une quinzaine de jours. Celle-ci permet de travailler le lien mère-enfant et la communication dans la dyade.

Au niveau social, l'**UTPAS** (Unité territoriale de Prévention et d'Action Sociale) peut proposer des visites à domicile par des puéricultrices, des éducateurs, des assistantes sociales, des travailleurs familiaux. Par exemple, des Techniciennes d'Intervention sociale (TISF) peuvent intervenir quelques heures par semaine au domicile afin de soutenir l'accès à la parentalité dans le quotidien. L'ensemble de ces interventions peut être réalisé à la demande des parents ou dans le cadre d'un suivi judiciaire. (32)

Exemple du projet CAPEDP (Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance)

Pour *Guedeney*, afin de prévenir les troubles des interactions, de la communication et de la synchronisation des rythmes parents-bébé, il est tout d'abord important de prendre en compte les facteurs de stress existant chez les parents. En effet, lorsque la mère présente un attachement insécuré, le stress associé à toute maternité peut désorganiser le fonctionnement psychique maternel. Une relation sécurée avec le thérapeute peut suffire à faire diminuer ce stress maternel et peut dans un deuxième temps, amener la mère à travailler sur son mode d'attachement.(78)

Guedeney et coll. ont ainsi développé le Projet CAPEDP (**Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience**). Cette étude vise à évaluer l'effet que peuvent produire des interventions préventives à domicile menées par un psychologue dans des familles vulnérables sur le plan psychosocial. Pour cela, le psychologue propose d'utiliser un système de vidéo pour filmer les interactions entre parents et bébé et d'observer la qualité de l'attachement. Un visionnage et une reprise de ces vidéos sont ensuite effectués avec les parents afin de valoriser les compétences parentales et de mettre l'accent sur les informations que l'enfant cherche à communiquer (expressions du visage, signaux d'alerte) afin de favoriser les capacités d'empathie des parents. Les comportements qui peuvent désorganiser le bébé sont également repris afin de soutenir l'accordage affectif entre parents et enfant. Au total, le projet dure en moyenne 27 mois. (78) (131)

Les premiers résultats de cette étude évaluant l'impact que peuvent avoir des interventions précoces à domicile, sont positifs par rapport à la guidance et au soutien psychologique parentaux. Cependant des ajustements semblent nécessaires quant à la formation des intervenants, à la place insuffisante donnée aux pères, et à l'absence de contact avec d'autres parents. Des études supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer si un tel dispositif pourrait se mettre en place à une échelle plus vaste (nombre de familles et secteur plus important). (78) (131)

C. Les accueils thérapeutiques

Durant ces dernières années, différentes modalités d'accueils thérapeutiques ont vu le jour pour prendre en charge les parents en difficulté et leur permettre d'apprendre à observer, à interagir et à communiquer avec leur enfant. Les familles accueillies sont souvent des familles à problématiques multiples. Les parents peuvent présenter des troubles psychiatriques ou un trouble de la fonction parentale.

Le but de ces accueils thérapeutiques est principalement de prévenir les troubles des interactions parents-enfants. Certains types d'accueil permettent également de prendre en charge des troubles déjà présents. (32)

Dans cette partie, nous détaillerons quelques exemples d'accueils thérapeutiques, dont la définition est finalement très large.

1. Les maisons vertes

Le concept de maison verte a été développé par *Dolto* avec d'autres psychanalystes, pédopsychiatres et éducateurs, dans les années 1980. Les maisons vertes sont des lieux d'accueil pour les enfants de la naissance à 3 ans et pour leurs parents. Elles ont pour but de permettre la socialisation de l'enfant et de prévenir les troubles des interactions parents-enfants. (132) (133)

Les maisons vertes sont ouvertes à tous, de manière anonyme. Seul le prénom de l'enfant peut être demandé. Les familles peuvent se présenter sans rendez-vous lors des horaires de permanences.

Pour *Dolto* cette maison se veut un lieu de transition pour l'enfant entre l'environnement familial et l'entrée en crèche ou à l'école. Ce temps d'accueil permet d'éviter les effets négatifs d'une séparation non préparée entre l'enfant et sa famille. Il a été pensé dans un but préventif et non comme une manière de prendre en charge des troubles existants. (133)

Les parents et les enfants partagent ensemble ce temps d'accueil. L'enfant est accueilli comme un individu à part entière et les soignants utilisent une communication verbale pour s'adresser à lui. Les professionnels assurent également une écoute groupale: les parents

peuvent déposer leurs angoisses et leurs difficultés. L'intensité des projections agressives des parents envers l'enfant peut ainsi diminuer. L'enfant va progressivement se tourner vers l'autre, tout en se sentant en confiance et en sécurité grâce à la présence du parent dans le groupe. Il expérimente la capacité d'être seul (*Winnicott*). Il se confronte à des règles et à des interdits qu'il va intégrer progressivement pour apprendre à vivre en société.

Petit à petit, l'enfant va donc s'individuer et s'autonomiser. (133)

2. Le Fil d'Ariane à Lille

Mis en place par *Rosa Mascaro* dans la région lilloise, le Fil d'Ariane est un lieu d'accueil thérapeutique groupal et familial. Son objectif principal est la prévention et la prise en charge des troubles interactionnels et de la communication entre parents et bébés. Les familles accueillies sont vulnérables, les bébés étant souvent en situation de danger physique et/ou psychique. Pour certaines, un placement judiciaire des enfants en pouponnière ou en famille d'accueil a été mis en place. (134)

La prise en charge peut débuter dès la grossesse jusqu'aux quatre ans de l'enfant. Le travail se fait autour du bébé et de ses spécificités, des parents et des troubles psychopathologiques éventuels, des troubles des interactions parents-enfant. La famille est accueillie une demi-journée par semaine dans un cadre groupal. L'équipe est composée de psychologues, d'éducateurs, d'auxiliaires de puériculture, et de psychomotriciens. Durant cette demi-journée, après un temps d'accueil parents-bébés, deux groupes sont constitués: celui des enfants et celui des parents. Ils ont deux espaces différents, afin de travailler la séparation et la différenciation entre le nourrisson et ses parents. Les bébés bénéficient d'une prise en charge groupale avec un temps individuel avec un psychomotricien. Un temps de retrouvailles a lieu entre les parents et les enfants.

Des rencontres familiales ont également lieu régulièrement avec le pédopsychiatre. Les parents apprennent ainsi à reconnaître les besoins et les signes de souffrance de leur bébé et à les différencier des leurs, grâce à l'échange avec les soignants. La communication entre les différents membres de la famille est ainsi améliorée. (134)

3. L'accueil en crèche

Dans certaines situations, lorsqu'un trouble de l'interaction est observé (relation mère-enfant trop fusionnelle, carence psychosociale,...) un accueil en crèche peut être proposé aux parents. Le but de cet accueil et de cette séparation avec les parents est alors de permettre aux bébés de s'individualiser et de se socialiser. Le bébé a l'occasion d'explorer un environnement stimulant et de développer ses capacités psychomotrices. Lorsque cela fait défaut dans la famille, le travail du personnel de la crèche est aussi de permettre au bébé d'être dans un bain de langage et de mettre des mots sur ses ressentis. Dans l'interaction avec un tiers, le bébé va progressivement accéder à l'intersubjectivité et à la subjectivité. Les parents seront aussi accompagnés et guidés. (3)

4. Le maternage insolite de Lóczy

La plupart des lieux d'accueil comme les crèches ou les pouponnières (lieux d'accueil des enfants lorsqu'un placement est décidé sur le plan judiciaire) s'inspirent de l'accueil proposé à Lóczy. Il nous semble donc important de la détailler ici. Cette méthode a été importée et développée en France par *Appell* et *David*. (109) (135)

Cette méthode d'observation et de soins des bébés a été imaginée par *Pickler* à Lóczy, pouponnière située à Budapest. Cette pouponnière a été créée en 1946, à la suite de la Seconde Guerre mondiale. Les enfants sont accueillis de leur naissance jusqu'à 3 ans. (109)

L'équipe de soins est constituée de nurses qui s'occupent d'un petit groupe, d'aides nurses, d'infirmières, de psychologues et de médecins. Tout est organisé pour que les nurses puissent suivre le groupe dont elles ont la charge de la naissance jusqu'à leur départ de la pouponnière, afin d'assurer à l'enfant à travers une relation affective privilégiée, le maximum de stabilité. Tout départ (de nurses ou d'enfants) est ainsi anticipé et l'organisation est pensée afin de maintenir une stabilité dans le personnel qui prend en charge les enfants et dans les groupes d'enfants. Les nurses n'interviennent pas de façon directe dans les temps libres des enfants mais elles peuvent stimuler leur développement en leur proposant du matériel adapté. La relation des nurses avec les enfants a été longuement réfléchi pour permettre un équilibre entre une relation affective privilégiée et l'insatisfaction affective de l'institution.

Remarquons qu'un personnel important est nécessaire pour qu'une structure de ce type puisse fonctionner. (109)

La journée de l'enfant est faite d'une alternance de soins individuels proposés par la nurse et de temps d'activités autonomes où le bébé pourra explorer son environnement et jouer avec les camarades de son groupe d'âge. Un grand principe de cet établissement est de respecter au maximum les besoins et le rythme de développement du bébé. Pour *Pickler*, l'activité motrice spontanée est très importante dans le développement psychique de l'enfant. Il va ainsi pouvoir explorer son environnement et faire des expériences dans un cadre sécurisant, contenant et qui favorise les échanges émotionnels. Progressivement le bébé acquiert la capacité d'être seul et son indépendance, après avoir passé l'étape intermédiaire qui consiste à être seul à côté de la personne qui prend soin de lui. (*Winnicott*) (5) En effet, l'enfant n'est jamais laissé seul, l'organisation spatiale des pièces de la pouponnière permet la présence constante d'une nurse à proximité des enfants. Une attention psychique est ainsi toujours maintenue autour de l'enfant. Grâce au sentiment de sécurité fourni par le cadre, le bébé se tournera progressivement vers l'extérieur. Les soins, les découvertes et les progrès de l'enfant seront systématiquement soutenus par un commentaire verbal pour favoriser la prise de conscience de l'enfant de son corps et son entourage. Le développement moteur et du langage est valorisé par la nurse ce qui devient source de plaisir pour l'enfant.

Le déroulement de la journée de l'enfant est consigné par écrit pour soutenir l'attention du soignant mais aussi pour qu'une continuité des soins se mette en place lors du changement des soignants. Une synthèse a lieu chaque mois. Ces synthèses sont retranscrites dans un cahier que l'enfant pourra conserver à son départ de la pouponnière. (62) (109)

Grâce à la communication analogique qui a lieu lors des soins de la nurse, la présence contenante de cette-dernière et la communication verbale constante, cette méthode d'observation et de soins permet à l'enfant de développer ses capacités et d'accéder à la symbolisation et au langage. (109)

D. Les lieux thérapeutiques spécifiques aux pathologies maternelles

La pathologie maternelle impose par moment le recours à des structures de soins spécifiques: consultations psychiatriques ambulatoires (CMP), visites à domicile, hôpital de jour pour la dyade, hospitalisation dans une unité mère-enfant. (42)

La première unité mère-bébé a été créée dans les années 1950 en Angleterre. En France, les premières unités ont été ouvertes seulement dans les années 1980. Les pathologies maternelles concernées par ce mode d'hospitalisation sont la psychose chronique, la psychose puerpérale, les dépressions du post-partum et les troubles de l'attachement liés à un trouble de la personnalité. Lors de cette hospitalisation, la prise en charge concerne à la fois les troubles psychiatriques maternels mais aussi les troubles des interactions mère-enfant. Le cadre institutionnel sert alors de contenant psychique pour la dyade. Le père est également impliqué dans les soins. Cette hospitalisation est aussi l'occasion de mettre en place un réseau extérieur qui va venir étayer la famille (PMI, crèches, CAMPS...) et assurer la continuité des soins (28)

Une hospitalisation de la mère en hôpital psychiatrique, avec séparation temporaire de la dyade, est parfois nécessaire si les troubles sont trop importants et mettent le bébé en danger. Il est alors important de soutenir les premières interactions mère-enfant dès que cela est possible.

Lorsque les troubles sont présents à la maternité, une prolongation du séjour peut être proposée, si la pathologie maternelle le permet et qu'une équipe de psychiatrie en périnatalité est disponible pour soutenir l'équipe obstétricale et pédiatrique. (42)

IV. Outils thérapeutiques

Dans cette partie, nous allons évoquer quelques outils thérapeutiques qui peuvent aider les parents et leur bébé à communiquer.

Il nous semble important de commencer par expliquer aux parents que leur bébé est capable de communication analogique par les échanges de regards, le toucher, les gestes, le tonus... En effet, ces explications peuvent déjà les aider. Il nous semble aussi intéressant de

montrer aux parents comment ils peuvent avoir un rôle actif dans le développement des capacités communicationnelles de leur enfant: en lui parlant et en assurant une contenance verbale, en adaptant son environnement pour lui permettre de réguler son état d'attention, en lui proposant une mise en forme corporelle... La musique et les comptines sont également des supports à la communication que les parents peuvent utiliser. Enfin, nous évoquerons comment grâce à l'atelier massage, le dialogue tonique entre parents et enfant peut se mettre en place.

A. Le portage et la mise en forme

Comme nous l'avons abordé, les premières interactions entre la mère et son bébé commencent souvent par un contact cutané lors du peau à peau. Nous avons vu les nombreux avantages de celui-ci. Il est donc important de le proposer au maximum afin de favoriser les interactions entre la mère et son enfant après la naissance mais aussi durant les premières semaines. Bien sûr, le père est invité à prendre son bébé en peau à peau, et d'autant plus, si pour des raisons médicales, le contact avec la mère ne peut se faire dans l'immédiat. (37) (38) (39)

Les contacts corporels ont aussi lieu lors du portage qui permet un dialogue tonique parents-bébé. Le thérapeute peut, en cas de difficultés, montrer au parent comment porter son bébé et comment le «mettre en forme» c'est-à-dire aider le bébé à trouver une position dans laquelle l'interaction et la communication sont facilitées. (32)

Par exemple, lors de la tétée, la mise en forme du bébé va être importante dans la mesure où la posture participe à la fonction hédonique de celle-ci. Il est donc important que le bébé soit enroulé (nuque fléchie avec un appui dos) pour assurer la détente musculaire nécessaire à la déglutition. L'appui dos permettra aussi, si la stimulation au niveau de la zone orale est trop importante, d'assurer une contenance posturale et d'éviter que le nourrisson se mette en hyperextension. Un dialogue tonique pourra ainsi se mettre en place. L'adaptation de la posture du bébé lui permet de placer sa main sur le biberon, ce qui facilite sa déglutition. La détente musculaire favorise aussi la digestion. (69)

Lorsque le bébé est allongé, en plaçant notre main sous la tête du bébé pour l'amener d'une position couchée à une position inclinée à 30 degrés environ, une stimulation vestibulaire, qui facilite l'ouverture des yeux et améliore le niveau d'attention du bébé, se produit. La communication visuelle est ainsi facilitée. (32)

Pour soutenir le recrutement tonique, nous pouvons également y associer une flexion des jambes et du bassin. Cette position va permettre au nourrisson de mettre en place des jonctions main-main et d'explorer visuellement son environnement (52)

Ainsi un contact au niveau du dos, du ventre, des membres va permettre au bébé de se sentir contenu dans une enveloppe. C'est bien grâce à cette position regroupée que le bébé va développer ses schémas corporels et notamment la coordination main-bouche. La position regroupée améliore l'autorégulation (attention, tonus) et facilite la motricité spontanée. (69)
(70)

Pour faciliter le regroupement du nourrisson, nous pouvons aussi proposer aux parents différentes installations pour faciliter le dialogue tonique ou visuel, ne pas déborder leur bébé sur un plan sensoriel ou encore le calmer lorsqu'il est désorganisé. (55)

Elles peuvent consister en l'installation d'un nid: un drap est positionné de manière ergonomique dans le lit du bébé. Ce drap va venir entourer partiellement ou totalement le corps du bébé et lui apporter une contenance physique. Il faut cependant être vigilant sur la manière d'installer ce nid. Dès que le bébé est capable de se mobiliser et de se retourner, cette installation est à retirer. (55)

Des nids ergonomiques type Cocoonababy® sont également disponibles en vente. Ils facilitent la position de regroupement et peuvent être utilisés de la naissance jusqu'à 3-4 mois.

Nous pouvons aussi emmailloter le bébé avec un tissu. Des études récentes ont montré que l'emmaillotage est bénéfique pour le bébé. Cet enveloppement physique est une manière de recréer une enveloppe psychocorporelle pour le nourrisson. (136)

Enfin, l'utilisation d'écharpes de portage peut aussi être proposée aux parents. (55)

B. La musique et les comptines

L'interaction mère-bébé est souvent comparée à une chorégraphie. Nous nous sommes donc demandée si la musique permettait de rétablir cette chorégraphie lorsqu'elle était perturbée.

Il a été observé que déjà in utéro, le fœtus réagissait différemment à une musique ou à une comptine déjà entendues à plusieurs reprises par rapport à un nouveau morceau. (104)

Des études ont montré que lorsque le nourrisson entend de la musique, il est attentif, bouge en rythme et manifeste des signes de joie. Pour *Trevarthen*, le bébé perçoit donc la musique de manière innée. Il l'écoute mais il va aussi participer activement: par ses mouvements de mains, il va marquer le rythme de la musique. (41) (137)

A partir de l'âge de 6 mois, les bébés font la différence entre des chansons ludiques et des berceuses. Ces dernières facilitent plutôt l'apaisement et le repli sur soi alors que les autres l'invitent à découvrir le monde extérieur et favorisent l'attention conjointe. (41) (137)

Nous nous attarderons ici d'avantage sur les comptines qui sont une forme spécifique de musique. En effet, une *comptine* est une chanson accompagnée de gestes qui raconte quelque chose à l'enfant, en fonction de son âge. Elles existent dans toutes les langues et toutes les cultures. Les parents sont généralement amenés à les chanter de manière spontanée, presque intuitivement, pour répondre aux besoins de leur bébé (le calmer, le consoler,..). Les comptines sont tout d'abord ludiques et sources d'un *plaisir partagé* qui va favoriser les échanges et la communication entre le bébé et ses parents. Cette *communication sera digitale* mais aussi *analogique* (présence d'un rythme, d'intonations, de mimiques et de gestes particuliers). Les comptines répétées à l'identique vont permettre au bébé d'acquérir un *sentiment de sécurité* et de se sentir contenu que ce soit par les gestes ou la voix maternelle. Grâce aux gestes des comptines et à la variation du tonus qui les accompagnent, le bébé va découvrir et vivre dans son corps le rythme et la temporalité. Pour le bébé, ces gestes sont également prétextes à la découverte de son *environnement spatial*. (138)

Une comptine a aussi un début et une fin qu'il peut anticiper. Il sait également que cette comptine va se renouveler: la perception du temps va ainsi se mettre en place progressivement. Or *l'organisation temporelle* va permettre l'organisation de la *pensée*.

La répétition des comptines faciliterait aussi l'apprentissage des *intonations du langage* et permettrait au bébé de mémoriser des sons puis des mots, nécessaires à la communication verbale. L'attention conjointe et le partage émotionnel qui a lieu lors des comptines favorisent également le développement du langage. (137) (138)

Les comptines étant transmises de génération en génération, elles font partie de la mémoire collective et permettent ainsi la transmission et la communication sur un plan transgénérationnel. (138)

Les comptines vont donc permettre au bébé de développer ses capacités sur le plan psychomoteur, cognitif et social mais elles sont aussi un excellent outil pour faciliter la communication entre les bébés et les parents.

A partir des comptines peuvent émerger différents jeux musicaux. Ils peuvent être le support d'un jeu d'imitation qui se met en place progressivement. Or comme nous l'avons déjà abordé, l'imitation est très importante dans le développement de l'enfant. Des variations de fréquence, d'intensité... introduites lors de ces jeux musicaux, vont permettre à l'enfant de percevoir les modulations et donc de passer d'une perception amodale à une perception modale. Les jeux musicaux seront généralement l'occasion pour le bébé de solliciter l'adulte mais aussi d'initier et de poursuivre une interaction. (41) (137)

Apprendre aux parents des comptines, des berceuses, peut donc être thérapeutique et faciliter la communication avec leur enfant.

Par ailleurs, la musique peut aussi être utilisée dans le cadre d'une pathologie maternelle comme la dépression du post-partum car elle aurait un effet positif sur le psychisme de la mère, ce qui a un impact direct sur les interactions de la dyade. (41)

C. L'atelier massage

De plus en plus d'ateliers massages sont proposés aux dyades mère-bébé qui présentent des difficultés interactionnelles.

Lors de cet atelier, chaque mère va apprendre à masser son bébé. Un fond musical est généralement présent. Le travail se porte ainsi sur le dialogue tonique. La mère est rendue attentive aux mouvements et aux émotions de son bébé. Au fur et à mesure des ateliers, les gestes sont plus fluides, moins mécaniques et plus adaptés à ceux du bébé. L'accordage affectif devient possible. En assurant une contenance physique à son bébé, la mère va également le contenir psychiquement. Le bébé pourra ainsi se sentir en sécurité. Ce dernier plus détendu sur le plan tonique et sur le plan psychique est d'avantage capable de contrôler son tonus et son attention. L'atelier massage permet ainsi de revaloriser la mère dans ses capacités à prendre soin de son enfant. (41) (139)

Des études ont également montré que les massages des nourrissons ont un impact positif sur le sommeil du bébé. Ses pleurs sont aussi moins fréquents. (140)

Les dyades mère-bébé qui participent à cet atelier sont aussi soutenues par la contenance du groupe car durant cet atelier, les mères ont l'occasion d'échanger leurs expériences et des conseils. (26) (140) Le groupe massage a donc une double fonction d'enveloppe pour le nourrisson: la première correspond à celle du groupe, la deuxième est apportée par la contenance physique et psychique de la mère.

Plusieurs études ont prouvé l'efficacité des massages chez les nourrissons et recommandent donc leur utilisation, dans la mesure où ils facilitent l'établissement d'un dialogue tonique, et améliore la communication et les interactions entre la mère et son bébé. (41) (139) (140)

CONCLUSION

A travers ce travail nous avons voulu montrer que dès la naissance le nourrisson est capable de communiquer en utilisant son corps. En plus d'en avoir la capacité, il en a aussi l'envie comme nous le prouve son avidité à rechercher les contacts sociaux. La communication est pour le bébé une réelle source de satisfaction. Ce plaisir, partagé avec les parents, renforcera la qualité des interactions parents-bébés.

Dans un premier temps, le nourrisson va utiliser de manière active une communication analogique pour partager des émotions avec son entourage. Les parents vont répondre à leur tour en utilisant une communication analogique mais aussi une communication verbale. Le mamans, outil de communication multimodale, participe à la communication analogique puisque la voix, les mimiques, les intonations vont permettre à la mère de partager des affects avec son enfant. Par le langage (système de signifiants), les parents vont mettre en sens les éprouvés corporels de leur bébé. Tout ce travail d'élaboration des parents va permettre au bébé de transformer ses éprouvés en perceptions puis en pensées (appareil à penser les pensées de *Bion*).

La relation à l'autre a un rôle déterminant dans l'accès à l'intersubjectivité. En effet, l'intersubjectivité est acquise dans un processus dynamique qui repose sur les capacités du bébé, des parents et de la relation parent-enfant. A travers l'exemple de la tétée, nous avons vu comment le nourrisson intègre progressivement les informations de manière comodale. Le mantèlement progressif de ses sensations et de ses émotions va lui donner un sentiment de continuité d'être. Ce sentiment est soutenu par les capacités de holding des parents (*Winnicott*), les interactions visuelles et le mécanisme des boucles de retour (*Haag*), la mise en place du Moi-Peau (*Anzieu*) qui vont permettre au bébé de constituer une enveloppe psychique qui vient contenir son monde intérieur et le différencier de l'environnement extérieur.

Tout cet ensemble rend possible l'accès à l'intersubjectivité pour le bébé. La répétition de ces expériences va lui permettre d'accéder progressivement à une forme d'intersubjectivité stable à partir de 6-7 mois et de percevoir l'autre comme un être pensant différent de soi

La communication intersubjective est le point pivot entre la communication analogique et la communication verbale. Le langage est donc corporel avant d'être verbal. Comme le souligne *Golse* «le corps du bébé représente la voie royale d'accès aux processus de symbolisation, de subjectivation, de sémantisation et de sémiotisation dans l'espèce humaine.»(13)

Le corps est le lieu d'émergence de la vie psychique et de la pensée du bébé mais il est aussi le lieu des éprouvés non symbolisables. Les symptômes somatiques, les troubles tonico-moteur, les troubles de la relation viennent signifier l'existence d'une souffrance psychique du bébé.

Lorsque des troubles des interactions et de la communication apparaissent, nous voulons insister sur la nécessité de les dépister de manière précoce. En effet, ces troubles peuvent avoir un impact sur le développement corporopsychique du bébé, sur l'émergence de son langage, mais aussi sur ses relations futures avec les autres. Une formation des professionnels de santé au dépistage, au diagnostic des troubles de la communication chez l'enfant est donc indispensable. Quel qu'en soit l'étiologie, ces troubles nécessitent la mise en place de soins précoces et adaptés. Dans le cas contraire, le développement psychique, cognitif, moteur, mnésique, de l'enfant pourrait être perturbé. Cette prise en charge ne peut se faire sans la participation et la coordination de l'ensemble des membres des réseaux de périnatalité.

Il est aussi important d'expliquer aux parents qu'ils ont un rôle actif dans la prise en charge de ces troubles. Le rôle du soignant sera de les impliquer dans les soins et de les soutenir pour qu'une communication adaptée s'installe ou perdure. Une prise en charge périnatale peut aussi permettre de comprendre certaines problématiques transgénérationnelles pour pouvoir les dépasser.

Les programmes de prévention des troubles interactionnels, déjà existants doivent être plus développés et nombreux. En proposant une prise en charge aux familles vulnérables, l'objectif est d'améliorer les interactions parents-bébés et permettre au bébé de se développer sur les plans corporels et psychiques. Parfois ce soutien peut aussi avoir un rôle de prévention de la maltraitance.

La communication chez le nourrisson est donc un vaste sujet que nous ne faisons qu'effleurer ici. De nombreuses questions sont encore en suspens comme l'âge d'apparition de l'intersubjectivité toujours en réflexion chez les psychologues, psychiatres, philosophes... Un autre débat concerne l'intentionnalité de la communication. Savoir quand la communication est destinée et adressée à une personne particulière est une question qui reste ouverte.

Nous pouvons aussi nous interroger sur la présence d'une communication in-utero entre le fœtus et sa mère. Certains auteurs pensent qu'une forme de communication existe bien dès la vie intra-utérine. Pour *Graciela C. Crespin* «la rencontre inaugurale avec l'Autre ne se situe pas au moment de la naissance, mais (..), au contraire, dès la vie intra-utérine, pendant la gestation, le bébé humain est déjà en rapport avec cet autre humain qui le porte. Et cette rencontre prénatale sera à l'origine de la recherche de la communication avec l'Autre qui constituera, dès la naissance, un besoin aussi fondamental que celui de la survie». (22) Nous pouvons aussi nous demander si cette communication transamniotique joue un rôle dans le développement du langage. (66) La capacité de communication in-utéro et l'impact de celle-ci sur le développement de la communication chez le bébé sont encore des domaines à explorer.

Les spécificités de la communication avec des enfants sourds, aveugles, prématurés restent également à approfondir.

Il nous semble que la compréhension des mécanismes de communication précoce pourra nous aider à mieux appréhender de nombreuses pathologies où des troubles du langage sont présents: autisme, dyslexie...et, nous l'espérons, à améliorer leur pronostic évolutif. Comprendre comment la communication intersubjective se met en place peut contribuer à imaginer des thérapies adaptées pour ces enfants. Là encore les perspectives de réflexion sont vastes.

Lors votre prochaine rencontre avec un bébé, n'hésitez pas à communiquer avec lui....

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Freud S, Altounian J. Oeuvres complètes de Freud. Paris: Presses universitaires de France; 2000.
2. Delion P. Le corps retrouvé: franchir le tabou du corps. Paris: Hermann; 2010.
3. Garret-Gloanec N, Gloanec Y. De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale. EMC - Psychiatr. janv 2007;4(4):1-10.
4. Claudon P, Coutelle R, Dekkoui-Ridey S, Roché-Bauchet G. Réflexions à propos des effets de sollicitation interactive induits par le corps de l'enfant. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mai 2011;59(3):176-184.
5. Winnicott DW, Kalmanovitch J. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1958.
6. Dubois J, Giacomo M, Guespin L. Dictionnaire de linguistique. Paris: Larousse; 2001.
7. Albernhe K, Albernhe T. Les thérapies familiales systémiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.
8. Chevrie-Muller C, Narbona J. Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques. Masson. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.
9. Bruner JS. From communication to language - a psychological perspective. Cognition. 1974;3(3):255-287.
10. Houzel D. Les aspects psychodynamiques du développement et des troubles du langage chez l'enfant. Journal de la psychanalyse de l'enfant. 2004;
11. Cohen-Solal J, Golse B. Au début de la vie psychique: le développement du petit enfant. Paris: O. Jacob; 1999.
12. Laplanche J, Pontalis JB, Lagache. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Quadrige/PUF; 2002.
13. Golse B. L'être-bébé. Paris: Le fil rouge , PUF; 2006.
14. Bydlowski S, Graindorge C. Naissance et développement de la vie psychique. EMC - Psychiatr. janv 2007;4(4):1-11.
15. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2012.
16. Miermont J. Théories de la communication. EM Premium. mars 2014;
17. Cyrulnik B, Rouchouse JC. Éthologie humaine et clinique. EMC Psychiatrie. 1997;
18. Golse B. Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. nov 2005;53(7):340-348.

19. Tomasello M. Les aspects pragmatiques de la communication chez les primates. *Psychol Fr.* juin 2004;49(2):209-218.
20. Marcelli D. Engagement par le regard et émergence du langage. Un modèle pour la trans-subjectivité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):487-493.
21. Marcelli D. « La trans-subjectivité » ou comment le psychisme advient dans le cerveau. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2010;58(6-7):371-378.
22. Crespin GC. L'épopée symbolique du nouveau-né: de la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce. Ramonville Saint-Agne, France: Erès; 2007.
23. Leavens DA, Russell JL, Hopkins WD. Multimodal communication by captive chimpanzees (*Pan troglodytes*). *Anim Cogn.* janv 2010;13(1):33-40.
24. Austin JL. Quand dire, c'est faire. Paris: Ed. du Seuil; 1990.
25. Delion P. La consultation en pédopsychiatrie approche psychopathologique du bébé à l'adolescent. Paris: Masson; 2010.
26. Golse B. Du corps à la pensée. Paris: Presses universitaires de France; 2001.
27. Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. *J Pédiatrie Puériculture.* 1995;8(2):94-98.
28. Alvarez L, Golse, Bernard. La psychiatrie du bébé. Paris: Presses universitaires de France; 2013.
29. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Presses universitaires de France; 2004.
30. Marcelli D. Transmission des émotions entre mère et bébé : du normal au pathologique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juin 2012;60(4):248-254.
31. Bydlowski. La transparence psychique. In : *Psychiatrie périnatale : parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie.* Paris: PUF; 1998.
32. Mazet P, Stoleru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: développement et interactions précoces. Paris: Masson; 2003.
33. Darrieussecq M. Le bébé. Paris: POL; 2002.
34. Ciccone A, Gauthier Y, Golse B. Naissance et développement de la vie psychique. Erès. Toulouse; 2012.
35. Stern D. La constellation maternelle. Paris: Calmann-Lévy; 1997.
36. Stoleru S, Lebovici S. L'interaction parent-nourrisson. In : *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: PUF; 1999.
37. Pierrat V, Bomy H, Courcel C, Dumur S, Caussette V, Bouckenhove N, et al. Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance. *J Pédiatrie Puériculture.* oct 2004;17(7):351-357.

38. Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. août 2011;2(3):107-111.
39. Recommandations Haute Autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel. Processus - Évaluation. <http://www.has-sante.fr>. 2006.
40. Tronick EZ, Weinberg MK. A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé : l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques. In : *Psychiatrie périnatale Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*. Paris: PUF; 1998.
41. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*. 1 déc 2003;Vol. 15(4):309-428.
42. Sutter-Dallay A-L, Guédény N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *EMC - Psychiatr*. janv 2010;7(1):1-8.
43. Touati B, Joly F, Laznik-Penot M-C. *Langage, voix et parole dans l'autisme*. Paris: Presses universitaires de France; 2007.
44. Durand K. *Le développement psychologique du bébé (0-2 ans)*. Paris: Dunod; 2005.
45. Stern DN. *Journal d'un bébé*. Paris: O. Jacob; 2011.
46. Steiner J.E. Human facial expressions in response to taste and smell stimulation. *Adv Child Dev Behav*. 1979;(13):257-295.
47. Granier-Deferre C, Schaal B. Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né. *Spirale*. 1 févr 2005;33(1):21-40.
48. Hallé P. Acquisition du langage: spécialisation des enfants dans leur langue maternelle. *MIDL*. Paris; 29 nov 2004;151-156.
49. Durand K, Lécuyer R. Activités perceptives du nourrisson. *EMC - Psychiatr*. janv 2011;8(2):1-8.
50. Mellier D. Les regards du bébé. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2001;49(7):414-418.
51. Delion P. Dépistage et prise en charge précoces des troubles autistiques de la petite enfance. *Evol Psychiatr (Paris)*. oct 2004;69(4):641-650.
52. Delion P, Beucher A. *Les bébés à risque autistique*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2008.
53. Haag G. Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1988;(1):1-8.
54. Eliacheff C. *A corps et à cris: être psychanalyste avec les tout-petits*. Paris: O. Jacob; 2000.

55. Presme N, Delion P, Missonnier, Sylvain. Les professionnels de la périnatalité accueillent le handicap. Toulouse: Erès; 2009.
56. Golse B, Bidault H. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Paris: Elsevier/Masson; 2008.
57. Mathon B. Les neurones miroirs : de l'anatomie aux implications physiopathologiques et thérapeutiques. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2013;169(4):285-290.
58. Fogassi L. Les neurones miroirs. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév*. déc 2012;33(4):143-148.
59. Nadel J. L'imitation : un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2005;53(7):378-383.
60. Meltzoff AN. Origins of theory of mind, cognition and communication. *J Commun Disord*. juill 1999;32(4):251-269.
61. Nadel J. Imitation et autisme. *Cerveau & Psycho*. févr 2003;(4).
62. Ciccone A. La psychanalyse à l'épreuve du bébé fondements de la position clinique. Paris: Dunod; 2011.
63. Houzel D. L'aube de la vie corporopsychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. sept 2010;58(6-7):359-365.
64. Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale. Paris: Presses universitaires de France; 2003.
65. Nagy E, Molnar P. Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behav Dev*. févr 2004;27(1):54-63.
66. Diatkine R. Les troubles de la parole et du langage. In : *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 2004.
67. Kloeckner A, Jutard C, Bullinger A, Nicoulaud L, Tordjman S, Cohen D. Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I: introduction aux travaux d'André Bullinger. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mars 2009;57(2):154-159.
68. Bullinger A. À propos du développement psychomoteur. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mai 2007;55(2):134-135.
69. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: un parcours de recherche. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2004.
70. Delion P, Vasseur R. Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. Eres. Toulouse; 2011.
71. Freud S, Mannoni O, Harrus-Révidi G. Pulsions et destins des pulsions. Paris: Payot & Rivages; 2012.

72. Freud S, Baliteau C, Bloch A, Rondeau J-M, Robert F. Le moi et le ça. Paris: PUF; 2011.
73. Goëb J-L, Jardri R, Bonelli F, Butez C, Hagnéré L, Kechid G, et al. Troubles des conduites chez l'enfant et problème du dépistage. *EMC - Psychiatr.* janv 2008;5(3):1-14.
74. Houzel D. Le concept d'enveloppe psychique. Paris: In press; 2010.
75. Freud Sigmund, traduit de l'allemand par Henri Hoesli. La Négation. *Revue Française de Psychanalyse.* 1934;T. VII(n° 2):174-177.
76. Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris: Editions du Seuil; 1984.
77. Latour A-M. La pataugeoire: contenir et transformer les processus autistiques. Ramonville: Érès; 2007.
78. Guedeney A, Guedeney N, Tereno S, Dugravier R, Greacen T, Welniarz B, et al. Infant rhythms versus parental time: Promoting parent-infant synchrony. *Journal of Physiology - Paris.* 2011;(105):195-200.
79. Golse B, Bullinger A, Barthélémy L. Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé. *Psychiatr Enfant.* 1 mars 2004;Vol. 47(1):103-132.
80. Busnel M-C. Le langage des bébés. 1993.
81. Brazelton T-B, Nugent J-K. Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal, 3ème édition. Édition : 3e éd. Paris: Medecine & Hygiene; 2001. 185 p.
82. Brazelton TB, Morel, Isabella. Points forts. les moments essentiels du développement de votre enfant Tome 1, Tome 1,. Paris: Librairie générale française; 2009.
83. Meltzoff, Borton. Intermodal matching by human neonates. *Nature.* nov 1979;282(5737):403-404.
84. Stern DN. La relation mère-bébé dans la tête du bébé (ses représentations mentales). In : Au début de la vie psychique: le développement du petit enfant. Paris: O. Jacob; 1999.
85. Durand K, Lécuyer R. Activités perceptives du nourrisson. *EMC - Psychiatr.* janv 2011;8(2):1-8.
86. Haag G. Communication préverbale dans le développement précoce et à l'émergence des états autistiques. Ressemblances et différences. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2005;53(7):349-353.
87. Bion. Théorie de la pensée. *Revue Française de Psychanalyse.* 1964;28(1).
88. Grinberg L, Tabak de Bianchedi E, Sor D. Nouvelle introduction à la pensée de Bion. Meyzieu (France): Césura; 1996.
89. Winnicott DW, Monod C. Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 2006.
90. Winnicott DW. La relation parent-nourrisson. Paris: Payot & Rivage; 2011.

91. Berthoz A. L'échange par le regard. *Enfances Psy.* 18 mars 2009;n° 41(4):33-49.
92. Tourette, Marcelli D, Boinard, Kasolter-Péré, Barbe, Crete. Des interactions comportementales dans la première année, aux interactions verbales à 3 ans: les dyades mère déprimée- bébé se distinguent-elles des autres ? *La psychiatrie de l'enfant.* 2000;43(2):509-539.
93. Keysers C, et coll. A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron.* 2004;42(2):335-346.
94. Picco M, Carel A. Évitements relationnels du nourrisson et dépistage précoce. *Psychiatr Enfant.* 1 mars 2002;Vol. 45(1):171-205.
95. Harris M, Bick E, Harris-Williams M, Pourrinet J, Pourrinet J. Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick. Larmor-Plage: Éd. du Hublot; 2007.
96. Maestrati-Bonnefoy C, Bonneville, Emmanuelle, Calamote EP, Ciccone A. La part bébé du soi approche clinique. Paris: Dunod; 2012.
97. Anzieu D. *Le Moi-peau.* [Paris]: Dunod; 1995.
98. Anzieu D. *Les enveloppes psychiques.* Paris: Dunod; 2003.
99. Haag G. Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant.* Bayard presse. 2004;
100. Haag G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance.* 1985;33(2-3):107-114.
101. Haag G. Communication préverbale dans le développement précoce et à l'émergence des états autistiques. Ressemblances et différences. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2005;53(7):349-353.
102. Haag G, Fédération Française de Psychiatrie. Contribution de la clinique psychanalytique de l'autisme à la connaissance de la structuration du moi corporel. juin 2011;(68-69).
103. Haag G. et coll. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La psychiatrie de l'enfant.* 1995;38(2):497-500.
104. Ciccone A. L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2005;53(1-2):24-31.
105. Guedeney A. La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2005;53(1-2):32-35.
106. Graindorge C. Réflexions à propos des travaux de Colwyn Trevarthen : de l'analyse comportementale des boucles interactives à leur appréhension psychanalytique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2005;53(7):386-393.

107. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Presses universitaires de France; 1999.
108. Bråten S. Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny. Édition : 1. Cambridge ; New York : Paris: Cambridge University Press; 2006.
109. Appell G, David M. Lóczy ou le maternage insolite. Erès. Toulouse; 2011.
110. Amar M, Garret-Gloanec N, Le Marchand-Cottenceau M. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):542-547.
111. National Center for Infants Toddlers and Families. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. 1994.
112. Goudemand M, Cyrulnik B. Les états dépressifs. Paris: Médecine sciences publications-[Lavoisier]; 2010.
113. Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durand B, Garrabé J, et al. Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2002;50(1):1-24.
114. <http://www.adbb.net>.
115. Cecchini M, Lai C, Langher V. Communication and crying in newborns. *Infant Behav Dev.* déc 2007;30(4):655-665.
116. Houzel D. Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. *Carnet PSY.* 1 août 2002;n° 76(8):23-26.
117. Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Éditions de Minuit; 2007.
118. Dayan J. Les dépressions périnatales: évaluer et traiter. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson; 2008.
119. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Dev.* févr 1983;54(1):185-193.
120. Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 2:53-61.
121. Murray L. L'impact de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant. *Psychiatrie périnatale Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie.* Paris: PUF; 1998.
122. Lemaitre V. Personnalité limite: Quel accompagnement de la mère et du bébé? *Confrontation psychiatriques Périnatalité n° 50.* Paris: Sanofi;
123. Ferreri F, Chopin, MV., Nuss P. Psychose puerpérale. *Confrontation psychiatriques Périnatalité n° 50.* Paris: Sanofi;

124. Golse B. Psychothérapies conjointes parent(s)/enfant d'inspiration psychanalytique. *EMC - Psychiatr.* janv 2011;8(1):1-6.
125. Lebovici S, Golse B, Casanova A. L'arbre de vie : Eléments de la psychopathologie du bébé. Paris: Erès; 2009. 352 p.
126. Haag G, Haag M. L'observations du nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
127. Houzel D. Une application de la méthode d'observation des nourrissons : les traitements à domicile. In: *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: PUF; 2004.
128. Van der Horst L. Observation orthophonique et intervention précoce. *Arch Pédiatrie.* mars 2010;17(3):319-324.
129. Thiebo B. Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2008;56(3):148-151.
130. Joly F. Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2007;55(2):73-86.
131. Saïas T, Delawarde C, Pintaux É, Favriel S, Ménier C, Matos I, et al. Les interventions préventives en santé mentale du jeune enfant vues par leurs bénéficiaires : l'exemple du projet CAPEDP. *Prat Psychol.* déc 2013;19(4):203-220.
132. Podlipski M-A, Gerardin P. Les vertes années des Maisons des adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2011;59(2):94-98.
133. La maison verte. <http://www.lamaisonverte.asso.fr/>.
134. Lamour M, Gabel M, Assan-Rabaud J. Enfants en danger, professionnels en souffrance. Toulouse: Erès; 2011.
135. Association Pikler Loczy France. <http://www.pikler.fr>.
136. Lorenz É. Emmaillotage, psychomotricité et puériculture. *Cah Puéricultrice.* avr 2014;51(276):16-18.
137. Trevarthen C. Autism, sympathy of motives and music therapy. *Enfance.* 1 mars 2002;Vol. 54(1):86-99.
138. Gauthier J-M, Lejeune C. Les comptines et leur utilité dans le développement de l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2008;56(7):413-421.
139. Onozawa K, Glover V, Adams D, Modi N, Kumar RC. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affect Disord.* mars 2001;63(1-3):201-207.

140. Underdown A, Barlow J, Chung V, Stewart-Brown S. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD005038.

ANNEXES

Annexe 1 : Axe de développement de Bullinger

Axe de développement selon Bullinger

Espace utérin	Naissance	Espace de la pesanteur	Espace oral	Espace du buste	Espace du torse	Espace du corps
Les stimulations sensorielles entraînent une réponse d'extension du buste contenue par la paroi utérine. Dialogue tonique entre le fœtus et son enceinte	Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu Déplisser ses poumons et respirer	Coordination proprioception-vestibule Réactions d'appui Regroupement	Coordination Capture-exploration	Coordination arrière-avant	Coordination gauche-oral-droite	Coordination haut-bas
		Création de la verticale	Création d'une contenance	Création d'un arrière fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhicule
		Elaboration instrumentale de la pesanteur	Elaboration instrumentale de la bouche	Elaboration instrumentale de la vision	Elaboration instrumentale du torse et des mains	Elaboration instrumentale du bassin et des jambes
	Les troubles :	Sensation de chute	Clivage capture-exploration	Clivage arrière-avant	Clivage gauche-droite	Clivage haut-bas
	Aspects instrumentaux :	Troubles praxiques du redressement	Troubles praxiques de la zone orale	Troubles des praxies oculomotrices Tonus pneumatique	Troubles praxiques des membres sup., de l'axe corporel et de l'espace de préhension	Troubles praxiques de l'espace du corps et de l'espace des déplacements

ECHELLE DE BRAZELTON FEUILLE DE COTATION

Nom :	Prénom :	Sexe :	Date de naissance :
Age gest. :	Poids :	Taille :	PC :
Mode d'accouchement :	Durée du travail :	Appar :	
Gest.-Parté :	Mode d'alimentation :	Examineur :	Date de l'examen :
Temps écoulé depuis le dernier repas :		Etat initial :	

Habitude										
Réponse à la lumière	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Réponse au hochet										
Réponse à la clochette										
Réponse tactile du pied										

Orientation-interaction										
Stim. Inanimé visuel:balle	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Stim. " auditif:hochet										
Stim. " combiné:hochet										
Stim. animé visuel:visage										
Stim. " auditif:voix										
Stim. " combiné:visage+voix										
Etat alerte										

Système moteur										
Tonus général	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Maturité motrice										
Tiré-assis										
Réaction de défense										
Niveau d'activité										

Organisation des états										
Pic d'excitation	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Montée de l'agitation										
Irritabilité										
Labilité des états d'éveil										

Régulation des états										
Câlinité	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Consolabilité										
Auto-apaisement										
Main-bouche										

Système n. autonome										
Tremulations	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Sursauts										
Labilité couleur de la peau										

Sourires

Items supplémentaires										
Qualité d'attention	9	8	7	6	5	4	3	2	1	remarques
Coût de l'attention										
Facilitation par l'examineur										
Irritabilité générale										
Robustesse et endurance										
Régulation des états d'éveil										
Rép. Emotionnelle examinateur										

Réflexes										
Grasping plantaire	0	1	2	3	Asym	remarques				
Babinski										
Clonus de la cheville										
Points cardinaux										
Succion										
Glabelle										
Résistance à l'étirement:jambes										
Résistance à l'étirement:bras										
Grasping palmaire										
Enjambement										
Redressement										
Marche automatique										
Ramper										
Incurvation latérale tronc(Gallant)										
Dév. Tonique tête et yeux (rotation)										
Nystagmus										
Réflexe tonique nuque (escrimeur)										
Moro										

Résumé:
ENFANT (Forces-Vulnérabilités) PARENTS (Forces-Vulnérabilités)

RECOMMANDATIONS:

Annexe 3 : Grille d'évitement relationnel du nourrisson (GERN) (94)

<p>Identification</p> <p style="text-align: center;">_ _ _ _ _ (3 premières lettres du nom et 2 premières lettres du prénom du nourrisson)</p> <p>Sexe du nourrisson : <i>O Garçon</i> <i>O Fille</i> Age <input type="text"/> <input type="text"/> mois</p> <p>Date de naissance du nourrisson : _ _ _ _ _</p> <p>Code du clinicien investigateur : _ _ _</p> <p>Date de la consultation : _ _ _ _ _</p>	<p>Procédure de remplissage</p> <p>O Noircir avec un gros feutre noir la réponse correcte</p> <p>Sigle et abréviation : NR = non retrouvé I = impossible à déterminer Parent = si oui</p>
---	--

7. LE COMPORTEMENT GENERAL		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
1.	Sagesse, gravité, excessives	O	O	O	O	O
2.	Intérêt spontané faible envers les personnes	O	O	O	O	O
3.	Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles	O	O	O	O	O
4.	Intolérance aux sollicitations relationnelles	O	O	O	O	O
5.	Instabilité excessive des conduites d'attachement	O	O	O	O	O
6.	Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices	O	O	O	O	O
7.	Tolérance faible aux changements	O	O	O	O	O
8.	Variabilité excessive de la vigilance	O	O	O	O	O
9.	Faible consolabilité	O	O	O	O	O
8. LE VISAGE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
10.	Orientation faible du visage vers autrui	O	O	O	O	O
11.	Mimiques émotionnelles peu expressives	O	O	O	O	O
12.	Sourire faible en présence d'autrui	O	O	O	O	O
13.	Mimiques d'imitation pauvres	O	O	O	O	O
14.	Mimiques trop instables - variables	O	O	O	O	O
15.	Mimiques émotionnelles mal contextualisées	O	O	O	O	O
9. LE REGARD		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
16.	Regard peu orienté vers autrui	O	O	O	O	O
17.	Recherche rare du contact oeil à oeil	O	O	O	O	O
18.	Regard fuyant, à la dérobée	O	O	O	O	O
19.	Regard périphérique, « du coin de l'œil »	O	O	O	O	O
20.	Regard flou en « passe-muraille »	O	O	O	O	O
21.	Regard hyperpénétrant, dur	O	O	O	O	O
22.	Regard trop proche, avec « effet cyclope »	O	O	O	O	O
23.	Strabisme éphémère	O	O	O	O	O
24.	Nystagmus éphémère	O	O	O	O	O
25.	Fixation excessive aux sources lumineuses	O	O	O	O	O
26.	Désintérêt pour son image dans le miroir	O	O	O	O	O
27.	Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes	O	O	O	O	O
28.	Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...)	O	O	O	O	O
29.	Attention partagée faible ou absente (Cf. item 89 à 10 mois du B.I.R.-E : Brunet Lézine révisé : regarde ce que l'adulte regarde)	O	O	O	O	O

10. L'ECOUTE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
30.	Réaction faible ou absente à la voix familière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Peurs auditives excessives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Intérêt particulier pour la musique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Attention auditive paradoxale (pour les bruits faibles, lointains...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. LA VOCALITE, LA PRE-VERBALITE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
34.	Babillage ou jargon insuffisant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Babillage monotone, répétitif, atypique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Disparition des premiers mots	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Imitations et jeux vocaliques faibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Rires mal contextualisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Pleurs mal contextualisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Bruits buccaux étranges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. LE TOUCHER		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
41.	Faible intérêt pour le contact cutané, les caresses, les câlins, les baisers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Intérêt exclusif pour les contacts et les jeux moteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Stimulations tactiles répétitives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Sensibilité insuffisante à la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. LA PREHENSION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
45.	Inertie préhensive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Approche avec le buste seul, bras inertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Préhension hésitante (« le cube brillant »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Contact par effleurement, du bout des doigts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Brièveté de la saisie palmaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	Atypie de la pince fine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Désintérêt visuel pour l'objet tombé-jeté (« signe des oublieuses »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Non réalisation du jeu de jeter-ramasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	Découplage du regard et de la préhension (prendre sans regarder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Jeu répétitif, stéréotypé avec un objet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. LA GESTUALITE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
55.	Gestualité émotionnelle peu expressive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	Imitations gestuelles faibles ou absentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	Pointage de l'objet dans l'attention partagée faible ou absent (Cf. item 110 à 14 mois, BLR-E : montre du doigt ce qui l'intéresse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Jeu de mains ou de pieds répétitif ou atypique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	Fascination visuelle pour certains jeux de mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	Découplage du regard et de la gestualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	Attitude anticipatrice du portage pauvre ou atypique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62.	Retrait des bras "en chandelier"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63.	Auto agressivité par les mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64.	Négligence des membres inférieurs (ni touchés, ni saisis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65.	Jeu en faire-semblant pauvre ou absent (Cf. item 120 à 17 mois, BLR-E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. LA POSTURE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
67.	Hypotonie atypique, variable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67.	Hypertonie atypique, variable	O	O	O	O	O
68.	Accès d'hypertension axiale	O	O	O	O	O
69.	Trouble de l'ajustement postural lors du maintien par autrui	O	O	O	O	O
70.	Balancement postural (y compris rythmiques excessives d'endormissement)	O	O	O	O	O
16. LA LOCOMOTION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	L	
71.	Hypoactivité motrice	O	O	O	O	O
72.	Hyperactivité motrice	O	O	O	O	O
73.	Appui palmaire en position assise évité	O	O	O	O	O
74.	Appui plantaire en position debout évité	O	O	O	O	O
75.	Appui ventral, évité	O	O	O	O	O
76.	Angoisse très vive en position ventrale	O	O	O	O	O
77.	Retournement dos-ventre évité	O	O	O	O	O
78.	Ramper évité	O	O	O	O	O
79.	Quadrupédie évitée	O	O	O	O	O
80.	Déplacement atypique sur les fesses	O	O	O	O	O
81.	Marche debout sur la pointe des pieds	O	O	O	O	O
82.	Marche en pantin, jambes raides et écartées	O	O	O	O	O
83.	Tronc et membres supérieurs rigides lors de la marche	O	O	O	O	O
84.	Découplage de la marche et du regard	O	O	O	O	O
85.	Dextérité locomotrice atypique	O	O	O	O	O

LES ORGANISATEURS PSYCHIQUES
<i>Un certain nombre de comportements affectifs, témoignent de la qualité du fonctionnement psychique du nourrisson en lien avec son entourage. Ils peuvent être explorés en complément du recueil des signes précédents et faire l'objet de commentaires.</i>
La relation orale-alimentaire
L'organisation du sommeil
Le sourire au visage
Les jeux d'accordage intermodal parent-bébé
La différenciation familier/étranger
Les phénomènes et objets transitionnels
La relation spéculaire
Le stade du NON
L'attention partagée
La capacité d'être seul en présence de l'autre
Les autoérotismes

AUTEUR: Nom: EICHHOLTZER

Prénom: Claire

Date de Soutenance: 30 juin 2014

Titre de la Thèse: *La communication par le corps chez le nourrisson de 0 à 6 mois: comment à partir d'une communication analogique se développe une communication intersubjective ?* Revue de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement: *Psychiatrie*

DES + spécialité: *Psychiatrie*

Mots-clés: Communication, Bébé, Nourrisson, Intersubjectivité, Analogique, Interactions, Développement psychique, Souffrance psychique, Corporopsychique.

Résumé: Durant notre expérience clinique en périnatalité, nous avons été confrontée à des dyades mère-bébé dans lesquelles la communication entre les deux partenaires était altérée, parfois inexistante. Nous avons donc voulu approfondir le sujet de la communication par le corps chez le nourrisson de 0 à 6 mois à travers une revue de la littérature. Dans ce travail, nous nous demanderons comment à partir d'une communication analogique se développe une communication intersubjective chez le bébé.

Après avoir défini la communication, nous développerons les capacités corporelles et psychiques des parents qui leur permettent de communiquer avec leur bébé. Puis, nous aborderons l'ensemble des capacités et des compétences du nourrisson qui font de lui un partenaire actif de la communication. Nous verrons la manière dont la mère et le bébé communiquent à travers différents modèles théoriques et comment cet échange va nourrir le bébé sur le plan corporopsychique. L'exemple de la tétée nous permettra de comprendre comment la communication intersubjective émerge. Nous décrirons ensuite les différents signes cliniques qui marquent une souffrance psychique chez le bébé lorsqu'il ne peut communiquer avec son entourage quelle que soit l'étiologie. Enfin, nous présenterons différents cas cliniques que nous avons rencontrés dans notre pratique avant d'exposer les prises en charge possibles.

La communication chez le nourrisson est un vaste sujet qui soulève encore de nombreuses questions. Des études semblent encore nécessaires pour explorer ce domaine. La perturbation de la communication analogique et intersubjective pouvant entraver l'accès au langage, mais aussi la relation à l'autre, un dépistage, un diagnostic et une prise en charge précoces semblent donc s'imposer.

Composition du Jury :

Président: Pr. DELION

Assesseurs: Pr. TRUFFERT, Dr. JARDRI, Pr. DODIN, Dr. SCHOEMAKER