

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°118

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en psychiatrie

par

Flore GUILLEMOT-MORTAGNE

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2006

LE LIEN MERE-BEBE

A L'EPREUVE DE LA SOUFFRANCE

Président : Monsieur le Professeur Amar
Directeur de thèse : Madame le Docteur Garret-Gloanec

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE ENTRE INTERACTIONS ET ATTACHEMENT.....	7
INTRODUCTION.....	7
I : LES INTERACTIONS.....	8
1/ Le bébé et l'altérité.....	8
2/ Les interactions comportementales.....	13
3/ Les interactions affectives.....	17
4/ Les interactions fantasmatiques.....	19
5/ La dynamique interactive.....	23
II : L'ATTACHEMENT.....	27
1/ Perspective systémique.....	27
2/ Perspective cognitiviste.....	30
3/ Transmission intergénérationnelle.....	34
4/ Parenthèses de vie.....	40
CONCLUSION.....	45
DEUXIEME PARTIE L' HOSPITALISATION DU NOURRISSON.....	46
INTRODUCTION.....	47
I : LE CORPS.....	48
1/ La maladie.....	48
2/ L'enfant malade.....	54
3/ L'enfant partenaire.....	56
II : LE CADRE.....	60
1/ L'environnement temporel : les rythmes.....	60
2/ L'environnement matériel : les machines.....	63
3/ L'environnement sensoriel : des expériences stimulantes.....	65
4/ L'environnement tactile : la défaillance de la peau.....	67
5/ L'environnement sensitif : les éprouvés corporels.....	70
6) L'environnement relationnel : les interactions avec la mère.....	73
III : LA PREMATURETE.....	76
1/ Le bébé prématuré.....	77
2/ Les représentations maternelles.....	79
3/ Les interactions.....	81
IV : ILLUSTRATION CLINIQUE.....	85
1/ L'histoire pédiatrique de Murielle.....	86
2/Le cheminement pédiatrique de Murielle et ses parents.....	87
3/ Quelques considérations tirées de l'expérience de l'observation empathique de l'enfant.....	95
CONCLUSION.....	96
TROISIEME PARTIE DEPRESSION MATERNELLE PERINATALE ET RETRAIT RELATIONNEL DU NOURRISSON.....	97
INTRODUCTION.....	97
1/ Dépression maternelle.....	99
2/ Retrait relationnel.....	103
3/ Pauvreté des interactions.....	107
4/ Dépression ou psychose ?.....	111
5/ Toujours des inquiétudes.....	116
6/ Insécurité d'attachement.....	123
7/ Autisme précoce ?.....	124
8/ Epilogue.....	128
CONCLUSION.....	131

ANNEXES	134
GRILLE D'EVALUATION RELATIONNELLE DU NOURRISSON (GERN) Carel.....	135
ECHELLE ALARME DETRESSE BEBE.....	139
CLASSIFICATION DE HOUZEL.....	141
CLASSIFICATION DE SAUVAGE ENRICHE DESDONNEES RECENTES DE LA LITTERATURE	142
EVALUATION RESUMEEDU COMPORTEMENT AUTISTIQUE DU NOURRISSON	144
BIBLIOGRAPHIE.....	146

INTRODUCTION

Lorsque Winnicott écrit «**cette chose qu'on appelle un nourrisson n'existe pas** » (1969 p.361), il indique le caractère indispensable des soins maternels dans la maturation physique et psychique du bébé. [212]

En effet, s'il naît avec de multiples compétences (d'origine à la fois génétique, neurohormonale, nutritionnelle et interactionnelle), le nourrisson a besoin, pour les révéler, les exercer et les développer, d'un contexte relationnel favorisant, à la fois contenant et stimulant.

Dans son rôle de « havre de sécurité », la mère assure à l'enfant une protection vis-à-vis des dangers potentiels du monde extérieur et une contenance pour ses éprouvés corporels encore impensables par son psychisme naissant.

Par sa fonction de « base de sécurité », elle autorise et encourage l'exploration, potentialisant les aptitudes motrices et cognitivo-affectives de son enfant par ses anticipations créatrices.

« Le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant s'il n'est couplé à des soins maternels. » (Winnicott, 1969, p.365).

Mais une mère sans enfant, cela n'existe pas non plus.

Si les idéaux sociaux qui façonnent son imaginaire depuis sa plus tendre enfance, les bouleversements hormonaux et physiologiques qui métamorphosent son corps pendant la grossesse, la préparent à devenir mère, c'est seulement dans la rencontre avec le bébé réel qu'elle accède au sentiment de maternalité.

C'est au contact de l'enfant qui l'élève au statut de mère, en réponse à ses sollicitations qui la renarcissent, qu'elle peut exercer pleinement sa fonction parentale.

Un nourrisson gratifiant fait naître le sentiment d'être « la bonne mère d'un bon bébé ».

Fruit de la rencontre de deux partenaires, avec leurs caractères propres (tempérament, histoire, fantasmes), tous deux actifs dans cette spirale transactionnelle marquée du sceau de la mutualité et de la réciprocité, la relation mère-nourrisson apparaît comme un processus continu de développement et de changement où les deux partenaires se nourrissent et se façonnent mutuellement.

Ainsi, le lien mère-bébé se co-construit-il au quotidien selon un processus d'« épigénèse interactionnelle » (Cosnier). [52]

Le bébé crée la mère autant que la mère crée le bébé.

Le double ancrage, corporel et interactif, des prémices de la pensée chez le nourrisson fait dire à Bick que « **l'état mental et corporel du nourrisson est un continuum** ». [14]

Nous pourrions ajouter : au sein d'une matrice symbiotique commune mère-bébé.

En effet, c'est par et dans son corps que le nourrisson, en communication émotionnelle avec sa mère, perçoit le monde extérieur et met en place les premiers noyaux de sa psyché.

C'est pourquoi, toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique du nourrisson, ou de sa mère, peut altérer la dynamique interactionnelle de la dyade, mettant en péril la solidité de leur lien d'attachement naissant.

Dans une première partie, nous nous attacherons donc à décrire les modalités d'interaction et d'attachement entre une mère et son nourrisson.

Il semble en effet que ce dernier soit biologiquement équipé dès sa naissance pour entrer en relation avec son entourage.

Nous verrons que tout échange inter-actif se joue simultanément à plusieurs niveaux et selon une rythmicité particulièrement adaptée aux capacités et besoins développementaux du bébé. Au sein d'une relation d'attachement réciproque à tendance innée, prennent place, de façon singulière, les scénarios interactionnels de la dyade.

Leur harmonie favorise l'émergence d'un sentiment de sécurité, participant ainsi directement (par voie interactionnelle) et indirectement (par l'intermédiaire d'une sécurité d'attachement favorisant les élans exploratoires) à la naissance à la vie psychique du bébé.

A travers quelques vignettes cliniques nous tenterons d'aborder la question de la transmission intergénérationnelle qui est actuellement au centre de beaucoup d'interrogations.

Dans une deuxième partie nous nous intéresserons à la situation délicate du nourrisson malade hospitalisé.

Nous verrons les remaniements représentationnels auxquels la maladie de son enfant contraint la mère et leurs répercussions possibles sur ses soins et, de là, sur la construction psychique du bébé.

Nous tenterons ensuite d'imaginer le vécu d'un nourrisson plongé dans l'univers chaotique d'un service hautement médicalisé. A quels obstacles va-t-il se heurter et quels repères pourra-t-il trouver, tant sur le plan moteur et sensoriel, qu'affectif et fantasmatique ?

Une naissance prématurée l'est toujours physiquement pour le bébé et psychologiquement pour la mère. Nous tâcherons d'appréhender la difficulté des ajustements interactifs qui s'origine à la fois d'un bébé hypersensible aux possibilités communicationnelles amoindries et d'une mère désemparée en grande souffrance psychologique.

La situation de Murielle illustrera ce long parcours du combattant auquel se livrent parents et bébé quand la maladie les frappe en plein cœur.

Dans une troisième partie nous exposerons le parcours d'H et sa maman au sein de l'unité mère-bébé de Nantes.

Conçue dans des conditions dramatiques, H va progressivement développer un tableau de retrait relationnel. Nous nous interrogerons sur la signification de celui-ci et sur ses liens avec la dépression périnatale présentée par madame.

En effet, des signes inquiétants et un retard psychomoteur important viennent émailler l'évolution de l'enfant soulevant l'hypothèse d'une part constitutionnelle à ces troubles évocateurs de dépression ou d'autisme précoce du nourrisson.

La tristesse et le sentiment d'incompétence, les difficultés d'accordage et d'investissement de madame, ont-ils été aggravés par les caractéristiques interactionnelles d'H ou ont-ils provoqué sa symptomatologie ?

PREMIERE PARTIE ENTRE INTERACTIONS ET ATTACHEMENT LA CONSTRUCTION DU LIEN MERE-ENFANT

INTRODUCTION

Nous limiterons volontairement ce travail à l'étude de la dyade mère-bébé tout en sachant le rôle capital que joue le père (réel ou fantasmatique) dans cette évolution.

Nous avons choisi de nous intéresser à la première année de vie de l'enfant. Au-delà, les patterns d'attachement évoluent peu et l'accession au langage modifie considérablement les modalités d'interaction.

L'étude de la construction du lien mère-bébé s'est étayée sur deux courants théoriques principaux : celui des interactions précoces et celui de l'attachement.

Le chapitre des interactions, s'appuyant sur la micro-analyse, se situe à la croisée des chemins psychanalytique et développementaliste.

Il s'intéresse à l'émergence du « sens de soi » chez le nourrisson et met en lien les différentes composantes de l'interaction (comportementale, affective et fantasmatique) et sa dynamique.

Il insiste sur la réciprocité et la mutualité des échanges mère-bébé qui s'inscrivent dans une spirale transactionnelle.

Le chapitre de l'attachement, initié par Bowlby dans les années d'après guerre, s'enracine dans la rencontre entre psychanalyse et éthologie.

Il postule l'existence d'un besoin inné de proximité avec une figure d'attachement protectrice. Au fil des expériences réelles vécues avec cette figure, l'enfant élabore des modèles représentationnels et se forge un sentiment de sécurité favorisant l'exploration et par là-même le développement cognitif et affectif.

I : LES INTERACTIONS

Dès l'accouchement (et certainement même avant), mère et bébé sont immergés dans un bain inter-actif qui participe de l'avènement du sentiment de maternalité chez la mère et de la naissance à la vie psychique chez le bébé.

Dans cette altérité qui s'impose à lui, le nourrisson se construit progressivement une individualité physique et psychique.

La mélodie du « se faisant interactif » (Lamour, 1991 p.192) entre une mère et son nourrisson, se déroule autour d'un triptyque indissociable (interactions comportementales, affectives et fantasmatiques) sur un rythme binaire mêlant les voix de chaque partenaire.

[122]

1/ Le bébé et l'altérité

a) Un être fondamentalement social

Les études sur les compétences du nouveau-né et du très jeune enfant ont mis en évidence le caractère éminemment actif et fondamentalement interactif de ce petit être à orientation sociale d'emblée qui se comporte comme un véritable partenaire de l'inter-relation avec l'adulte.

« Programmé » pour l'échange interactif, il anticipe et a besoin de la réponse de son partenaire.

Un nouveau-né âgé de 4 à 7 heures présente une aversion spécifique pour le visage immobile et ne s'y habitue pas, contrairement à ce que l'on observe face à un stimulus visuel inanimé (par exemple, l'image d'un carré). Il possède donc, dès la naissance, **des attentes vis-à-vis de l'humain**. [168]

Ces attentes sociales se manifestent d'abord par des comportements d'orientation à la présence humaine puis par une capacité de discrimination fine des perturbations de l'interaction. La situation de *Still face*, prototype expérimental mimant une dépression maternelle [49] montre combien le nourrisson est sensible aux violations des attentes sociales (désorganisation du bébé devant l'aréactivité du visage maternel) et aux défauts de synchronisation de l'interaction [153].

Agé de 12 heures, le nouveau-né s'engage déjà dans une **synchronie interactionnelle**, comportement caractéristique de la communication humaine, qui consiste en une adaptation rythmique spontanée des deux partenaires dans une sorte de danse mutuelle. On observe ainsi le nouveau-né bouger selon des rythmes précis parfaitement coordonnés aux unités de base du discours de l'adulte (phénomène retrouvé électivement avec la voix humaine). [51]

Grâce aux neurones miroir (qui possèdent la particularité de décharger en lien avec la perception de l'action comme avec la réalisation motrice de celle-ci), le bébé de quelques jours peut **imiter**, par exemple, un mouvement de protrusion de la langue.

Dès l'âge de quatre semaines, la qualité de comportement et d'attention du nourrisson change radicalement selon qu'il est relation avec sa mère ou un objet inanimé, comme s'il réfléchissait nos différences d'attentes à son égard concernant ses interactions avec une personne ou un objet inerte. Ses périodes d'attention et de détournement du regard sont

plus courtes et plus régulières, la transition entre phénomènes d'approche et de retrait moins brutale, ses mouvements sont plus calmes et cycliques en présence d'un parent.

Le **sourire social**, premier signe d'une expérience partagée, d'un dialogue, émerge vers l'âge de 6 semaines. Les capacités du bébé évoluent donc progressivement du sourire réflexe (déclenché intérieurement) au sourire social (suscité par une stimulation extérieure) puis au sourire instrumental (produit pour provoquer une réponse sociale chez autrui). A la même période apparaissent les premiers contacts directs œil à œil.

A 3-4 mois, le bébé possède un bon répertoire d'expressions sociales et une bonne maturité visuelle, lui permettant d'initier, contrôler et interrompre les situations d'échange.

Il faut cependant souligner la nécessité d'un contexte interactionnel suffisamment riche pour maintenir l'attention et l'éveil du nourrisson dans un registre optimal permettant l'émergence de ses comportements sociaux.

L'échelle d'évaluation des comportements néonataux de Brazelton permet de coter les réactions du nouveau-né (âgé de 3 jours à un mois) à divers stimuli et l'organisation de ses états de vigilance. [23] Elle permet une évaluation des capacités du très jeune enfant selon des dimensions en rapport avec sa capacité à développer des relations sociales. Pratiquée en présence des parents, elle éveille leur sensibilité aux aptitudes de leur bébé. Elle met en évidence la singularité de chaque nourrisson qui se révèle plus ou moins irritable, consolable, capable de s'auto-apaiser, réactif sur le plan sensori-moteur, éveillé, tonique, calme, exigeant, clair dans ses demandes. Ces caractéristiques favorisent (ou pas) le sentiment de compétence et l'appétence à la communication de sa mère.

Chaque bébé possède donc, dès sa naissance, un profil caractéristique de sensibilité et d'activité auquel sa mère devra apprendre à s'adapter. Ce tempérament de base est probablement le résultat des effets conjugués de l'hérédité et de l'expérience intra-utérine.

Le bébé apparaît donc dans une quête impérieuse de communiquer, partager des expériences émotionnelles et cognitives avec autrui, acquérir des états d'intersubjectivité.

b) Le sens de soi

Dans son ouvrage *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Stern fait du « sens de soi » la référence organisatrice primordiale de l'expérience relationnelle et sociale du bébé. [193]
Il rejoint ainsi Winnicott qui estimait fondamental le moment où le bébé commence à fonctionner avec « un soi » c'est-à-dire la capacité de se sentir exister en continu. [212]

Le « **soi émergent** » apparaît dès la naissance, le nourrisson possédant de façon innée la faculté d'avoir conscience des processus d'organisation de soi.

Il ne vit jamais une période d'indifférenciation totale soi-autre.

Pré-programmé pour répondre sélectivement aux événements relationnels et sociaux extérieurs, il ne fait jamais l'expérience d'une phase de type autistique.

Rochat [175] va dans le même sens lorsqu'il rapporte qu'un nouveau-né de moins de 24 heures manifeste significativement moins de réponses de fousissement à la suite d'un toucher double (main propre du bébé touchant sa joue) que lorsque c'est le doigt de l'expérimentateur qui lui stimule la joue. Dès sa naissance, le bébé est soumis à des expériences perceptives polysensorielles qui spécifient de façon unique et exclusive le corps propre, par opposition et en interaction avec les autres corps physiques de l'environnement. Sur la base de ces expériences spécifiantes, le bébé développe, à partir de l'âge de 6 semaines, une connaissance implicite du corps qu'il appelle « sens écologique de soi » : sens du corps comme entité différenciée, située et agente dans l'environnement.

Dès sa naissance, le bébé est donc pris dans l'interaction, l'interrelation à l'autre.

Entre 2 et 6 mois, le nourrisson affirme son sens d'un « **soi-noyau** » en tant qu'unité physique séparée, cohésive et limitée.

A cette période s'opère la différenciation physique soi-autre, mère-enfant.

La formation d'un sens structuré du soi-noyau comprend quatre types d'expérience, chacune conçue comme un auto-invariant : l'activité propre de soi (le nourrisson est l'auteur de ses propres actions et ne l'est pas de celles des autres), la cohérence de soi (le nourrisson a le sentiment d'être un tout non morcelé), l'affectivité de soi (le nourrisson fait l'expérience des caractères internes et structurés des affects), la permanence de soi (le nourrisson expérimente le sentiment continu d'exister, la possibilité de changer tout en restant le même).

Rochat situe vers l'âge de 2 mois l'émergence du sens des expériences partagées avec autrui dans le cadre de protoconversations et de 2 à 7 mois, celle des attentes sociales dans les rapports de réciprocité avec autrui.

A partir de 7 mois, le nourrisson développe la communication intersubjective avec autrui grâce à la découverte que sa propre vie subjective (pensées, sentiments et

sensations) peut être partagée avec un autre qui possède lui-même une vie subjective différenciée. C'est le sens d'un « **soi subjectif** ».

Le soi et l'autre ne sont donc plus seulement des entités noyaux avec une présence physique, des actions, une affectivité et une continuité. Ils incluent maintenant des états mentaux subjectifs non visibles (émotions, raisons, intentions) qui peuvent être déduits des événements physiques du domaine du lien interpersonnel noyau.

Les échanges sociaux deviennent non seulement réciproques mais aussi référentiels (aux choses et événements de l'environnement). Dans l'attention conjointe, les yeux de l'enfant glissent du regard vers la scène regardée. Son doigt pointe non pour obtenir mais dans le but d'une contemplation partagée. C'est le pointage proto-déclaratif qui, avec l'attention conjointe et le jeu de faire-semblant, constituent les précurseurs de la « théorie de l'esprit » (Baron Cohen) qui se constitue aux alentours de 2 ans. [10]

Le bébé réalise progressivement qu'il possède non seulement un psychisme distinct et en communication avec celui d'autrui mais aussi différent et indépendant de celui d'autrui.

La subjectivité se fonde dans l'altérité.

En effet, le bébé peut faire l'expérience de son self en présence d'autrui à travers « la complémentarité soi-autre » lorsque les actes de chaque partenaire sont différents, décalés dans le temps et se répondent (exemple : chaque partenaire vocalise et écoute alternativement), à travers le partage affectif lorsque les activités, isomorphes et synchrones, témoignent d'un partage du vécu grâce à un phénomène de proto-empathie (exemple : vocalisations en chœur), et à travers la « transformation de l'état mental de soi par l'autre » (exemple : apaisement des cris du bébé par la mère) . [127]

La pensée se développe dans le lien à un autre.

En effet, même si le bébé apparaît désormais comme un partenaire actif et compétent, qui peut initier, diriger, interrompre une interaction et imposer son tempo personnel à l'environnement, il n'en reste pas moins qu'initialement, il a besoin d'être contenu et nourri, physiquement et psychiquement. Le bébé ne peut penser tout seul et a besoin d'un autre qui l'investisse et lui prête son propre appareil à penser les pensées (Bion). [16]

2/ Les interactions comportementales

Très précocement, la mère revêt les comportements de son bébé d'une signification qui donne à ses productions valeur d'échange et de dialogue. Par ses interprétations et ses anticipations, elle donne sens au vécu de son enfant et favorise ses acquisitions. En retour, les comportements du bébé éveillent le sentiment de maternalité : l'enfant est créateur de mère.

a/ Corporelles

Le Moi est avant tout un moi corporel car c'est dans et par le corps que se mettent en place les premières ébauches de pensée du bébé.

En effet, comme le souligne Haag [97], la dynamique des échanges physiques (en particulier : contact du dos et échange des regards) entre une mère et son enfant favorise les « identifications intra-corporelles », préludes aux proto-représentations.

Winnicott [211] a beaucoup insisté sur l'importance du « **holding** » et du « **handling** » dans le développement du bébé, favorisant l'émergence chez lui d'un sentiment de sécurité et du « sentiment continu d'exister ».

Ajuriaguerra [4] a baptisé « **dialogue tonique** » ces ajustements corporels mutuels spontanés qui caractérisent une interaction de qualité (en particulier en situation de nourrissage) et seraient le prélude au dialogue verbal ultérieur.

Pour Wallon [207], la fonction posturale est l'une des premières fonctions de relation. Elle est essentiellement liée à l'émotion et reflète la fusion affective primitive (contagion émotionnelle différente de l'empathie).

On peut donc parler d'un **système tonico-émotionnel**.

Notons à ce propos combien les expressions faciales, mouvements et attitudes de la mère envers son nourrisson sont tout à fait originaux dans leur rythme et leur forme, empreints d'une exagération parfaitement adaptée aux capacités de ce dernier.

L'**imitation** constitue très précocement un excellent moyen de communication entre une mère et son bébé. Croisée (mère - bébé), elle est le plus souvent transmodale (s'exprimant au travers d'une modalité différente) et transformative (non strictement en miroir mais légèrement modifiée). Par l'émotion qu'elle véhicule et l'attention qu'elle suscite chez le nourrisson, elle participe de son apprentissage tant cognitif qu'affectif.

Stern [193] insiste sur la **créativité maternelle**, qui, en situation de jeu libre, lui permet de maintenir l'état d'éveil et d'attention de son nourrisson, état au cours duquel il développe ses compétences cognitivo-affectives et sensorielles.

b/ Visuelles

Dès sa naissance, le bébé montre une nette préférence visuelle pour le visage humain. Il peut identifier celui de sa mère dès l'âge de 5 semaines.

Ses capacités visuelles qui se développent très vite lui permettent de jouer rapidement un **rôle actif** dans les situations d'échange visuel. Il peut les initier ou les interrompre à sa guise, chargeant ainsi cet échange du sens que lui prête la mère (sens empreint d'imaginaire et de fantasmes).

Le face à face et le contact œil à œil interviennent de manière fondamentale dans la formation du lien précoce.

En effet, le **regard mutuel** revêt une importance capitale tant dans l'émergence du sentiment de maternalité chez la mère que dans la construction psychique du bébé.

Il donne à la mère l'impression d'être reconnue, élevée par son enfant au statut de mère. Il déclenche le bonding, ce sentiment d'attachement assorti du besoin urgent de protéger son petit.

Du côté du bébé, il participe à la constitution d'une image de soi distincte et différenciée de celle de la mère. Les yeux de celle-ci jouent le rôle de « miroir » reflétant au bébé sa propre image, vue à travers le prisme du psychisme maternel (Winnicott). [212]

Cet indispensable échange de regards parentalise (la mère) et humanise (le bébé) dans la naissance d'une intersubjectivité, d'« une transsubjectivité qui structure le lien social ». [139]

c/ Vocales

Premier langage du nourrisson, élément clé du processus d'attachement visant à favoriser la proximité physique du donneur de soins, les cris du bébé lui permettent non seulement d'exprimer ses besoins mais aussi ses affects. Ils constituent pour lui un moyen efficace de solliciter, engager ou conclure l'interaction.

Les **caractéristiques individuelles** du nourrisson (aptitude à se laisser apaiser, capacité à utiliser des conduites d'auto-réconfort, lisibilité de ses signaux) et de ses cris (fréquence, intensité, durée,...) influencent le type de maternage qu'il recevra. Ainsi, Frodi [79] retrouve que les cris des bébés prématurés suscitent des réactions végétatives plus intenses et des affects plus négatifs que ceux des bébés nés à terme.

En fonction de sa propre histoire et de son vécu actuel, de sa sensibilité et des affects éveillés en elle par ces cris, la mère leur **attribue une signification** particulière (colère, douleur, faim, fatigue) et y répond en conséquence. Elle donne ainsi un sens aux pleurs de son nourrisson et favorise l'élaboration de nouveaux modes de communication plus riches et plus variés.

La capacité maternelle à entendre, décrypter et faire cesser les pleurs (réponse adaptée, rapide et prévisible) participe de la maturation psychique et de la naissance d'un sentiment de sécurité chez l'enfant.

On remarque que la mère utilise spontanément un « **parler bébé** » particulièrement adapté aux capacités auditives des tout petits : allongement des voyelles, majoration des aigus, exagération de l'intonation et de la prosodie, simplification de la syntaxe, ralentissement du débit avec des changements de timbre et d'intensité plus spectaculaires mais plus lents et des pauses prolongées. La mère reprend souvent en l'imitant la vocalisation précédente de l'enfant ou répète une importante proportion des phrases qu'elle lui adresse en apportant à chaque répétition une légère modification (du timbre, du rythme ou de l'intonation) favorisant ainsi le développement linguistique du bébé par extraction d'invariants. [193]

La teneur du discours de la mère évolue aussi en parallèle de la maturation de l'enfant, la complexité et la qualité de ses communications verbales s'ajustant pas à pas aux capacités

de compréhension de celui-ci. Initialement affectif, ce contenu devient de plus en plus informatif quand l'enfant grandit.

Réciproquement, la mère demande à son enfant des performances verbales en lien avec ses compétences réelles, dans une anticipation créatrice d'évolution.

Les prosodies maternelles jouent un rôle inducteur sur les rythmes expressifs du bébé.

d/ La transmodalité

Le bébé possède très précocement la capacité de mettre en lien des sensations issues d'une même source extérieure mais perçues par des canaux sensorimoteurs différents (**intermodalité**) et celle de traduire les informations reçues d'une modalité sensorielle dans une autre (**transmodalité**).

Ainsi, à 15 jours de vie, il manifeste surprise et contrariété à l'appariement du visage de sa mère avec une voix étrangère. [39] Il se révèle capable de reconnaître visuellement un objet qu'on lui a placé, à 1 mois dans la bouche, et à 2 mois dans la main. [144]

Pour Stern [193], cette capacité s'origine d'une aptitude innée de **perception amodale**. Le bébé ne ferait pas l'expérience de l'appartenance des informations à une modalité sensorielle particulière, mais les percevrait d'une façon supramodale, transcendant les modalités classiques. Il serait sensible au profil d'activation, c'est-à-dire à l'intensité de la sensation en fonction du temps. Il donne l'exemple d'une mère qui, pour calmer son enfant, peut lui dire « allez, allez... » en donnant plus d'amplitude à la première syllabe et ralentissant sur la seconde, ou lui caresser silencieusement le dos en appuyant plus au début de la caresse et en ralentissant le geste vers la fin, d'une façon analogue au rythme verbal du « allez, allez ». De par la perception amodale, les deux façons d'apaiser seront ressenties de la même manière par le nourrisson.

Plus qu'une transposition d'une modalité à une autre, il s'agirait plutôt du codage de l'information sous forme de **représentation amodale** pouvant ensuite être reconnue dans n'importe quel mode sensoriel. Il serait donc capable de former des représentations abstraites des caractères de perception : « ce 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, des caractères plus globaux de l'expérience. ». [193]

3/ Les interactions affectives

Durant les six premiers mois de leur histoire commune, mère et bébé vivent dans un « **bain d'affects** ». [122]

a) La préoccupation maternelle primaire

A la fin de la grossesse (en lien avec la « transparence psychique », [33]) et durant les premières semaines après l'accouchement, se met en place chez la jeune mère une organisation psychique particulière que Winnicott a baptisé « **préoccupation maternelle primaire** » et qui correspond à un état biologiquement programmé (qui serait pathologique hors situation de grossesse) d'hypersensibilité aux besoins de l'enfant, une capacité de communion intime intense avec lui. Cette « maladie normale » permet à une mère « ordinaire normalement dévouée » (Winnicott, 1969, p.288), grâce à un phénomène d'identification, de s'adapter le plus finement possible au vécu de son enfant. [212]

En miroir, Stern [194] propose le concept de « **constellation maternelle** » pour désigner cette période où toute la vie affective de la jeune mère, ses désirs, ses intentions et ses craintes, se construisent autour de quatre thèmes principaux : pouvoir donner la vie et la conserver, établir une relation avec l'enfant, créer un réseau de support adéquat, réorganiser son identité propre.

Il s'agit donc d'une expérience existentielle unique : devenir mère dans son corps et sa psyché, à ses yeux et aux yeux des autres, sous le regard de sa mère, de son enfant et du père de celui-ci.

b) Un moyen de perception et de communication

En ce qui concerne le nourrisson, Werner postule que ses perceptions s'apparentent à des effets catégoriels (joie, tristesse, colère) plutôt qu'à des caractères spécifiques tels la forme, le nombre, ... Les **affects** représenteraient donc la **dimension supra-modale** dans laquelle

pourraient être exprimées les stimulations de quelque modalité que ce soit. Il parle de perception « physiognomonique ». (Werner, 1948 cité dans [167])

Pour Emde, « les **émotions** sont vraiment le **langage de la première enfance** » [67]. Elles se développent au contact des expériences quotidiennes partagées avec la mère, en relation étroite avec la disponibilité émotionnelle de celle-ci et sa capacité à déchiffrer les manifestations affectives de son bébé (expression du visage, gestes, vocalisation, regards,...).

« A long terme, les affects constituent le fil principal reliant les expériences présymboliques du nourrisson seul avec les autres, à ses expériences futures plus organisées autour de la connaissance » (Lichtenberg, 1989, p 220). [129]

c) L'accordage affectif

Stern [193] décrit sous le terme d' « **accordage affectif** » ou « harmonisation des affects », l'expérience subjective selon laquelle l'un des partenaires de l'interaction reproduit la qualité des états affectifs de l'autre.

Elle permet à la mère et au bébé de faire l'expérience d'une **communication interpersonnelle** qui donne aux deux partenaires le sentiment d'une intimité profonde et au bébé celui d'être compris et accompagné dans ses émotions reconnues comme partageables.

Cette aptitude à percevoir empathiquement (par identification) ce que l'autre vit subjectivement explique comment les fantasmes développés par les parents au sujet de leur nourrisson, influent sur le comportement de celui-ci et modèlent au final ses propres fantasmes : on rejoint la notion de **transmission intergénérationnelle**.

L'accordage affectif est le plus souvent **transmodal**, chaque partenaire traduisant le ressenti de l'autre sur un autre canal sensorimoteur. Il se manifeste donc par des « correspondances » concernant l'intensité, le rythme et la forme des comportements. Exemple : « Une petite fille de dix mois effectue une mimique habituelle entre elle et sa mère et, en la faisant, la regarde. Elle fait un visage « ouvert » (elle ouvre la bouche, écarquille les yeux, soulève les paupières), puis elle le « ferme ». La mère répond en disant « oui » avec une intonation telle que la hauteur en est « o^{ui}i ». La ligne prosodique de la réponse

maternelle est venue se calquer sur l'expression cinétique du visage de l'enfant » (Stern, p.199 à 213, in [125]).

Cette communication intersubjective contribuerait, selon Stern, à la formation du soi (self affectif) chez le tout petit et constituerait une étape essentielle vers le langage.

Soulignons que lorsque Stern parle d'harmonisation des affects il se réfère plutôt à l'intersubjectivité secondaire au sens de Trevarthen qui souligne l'existence d'une **intersubjectivité primaire** s'exprimant dans un sentiment de communion-communication du bébé et de son partenaire caractérisant une protoconversation dyadique. [198] Ainsi, le bébé serait, dès la naissance, pourvu d'une capacité d'intersubjectivité et saurait d'emblée que « les autres sont comme moi » (théorie du « like me » de Meltzoff). [148] Au fur et à mesure que son savoir, sur lui-même et ses relations aux autres, s'accroît, il l'utilise comme support de compréhension du fonctionnement d'autrui.

d) La référence sociale

Face à une situation nouvelle, l'enfant utilise l'adulte comme source d'information émotionnelle : il peut l'interroger du regard sur la faisabilité d'une action potentiellement dangereuse pour lui et agir en fonction de la réponse émotionnelle qu'il percevra (encouragement ou appréhension).

C'est le phénomène de « référence sociale » (Campos) selon lequel une personne cherche de l'information émotionnelle chez un tiers significatif pour elle, afin de comprendre un événement qui lui semble ambigu ou au-delà de ses propres capacités d'appréciation. On l'évalue chez le bébé par l'expérience de la falaise visuelle. [36]

Trevarthen appelle « contrôle intersubjectif » cette aptitude du bébé à chercher, par ses comportements, à produire une émotion chez l'autre, ce qui le renseigne sur la façon dont ce dernier voit le monde et utilise les objets. Il apprend ainsi à déchiffrer son environnement grâce aux informations qu'il reçoit de l'autre à travers cette communication intersubjective.

4/ Les interactions fantasmatiques

« Le processus du développement psychologique de l'enfant dépend de son fonctionnement et du comment la mère fonctionne au cours de cette longue marche dans laquelle la maturation neurologique de l'enfant se confronte avec le registre fantasmatique de la mère qui a réalisé dans son passé, enfoui et lointain, la longue marche de sa propre formation » (Ajuriaguerra cité dans Robin, Casati, Candilis-Huisman, 1995, p.89). [173]

Lorsque Kreisler et Cramer ont introduit en 1981 la dimension fantasmatique des interactions, ils ont signifié l'importance capitale de la vie mentale (consciente et inconsciente) de chaque partenaire dans cet échange.

a) La vie fantasmatique de la mère

Rappelons « **l'arbre de vie** » de la psyché maternelle, ces quatre enfants qui, selon Lebovici, entourent la naissance du bébé réel, auquel la mère peut désormais se confronter avant la naissance grâce, entre autres, à l'échographie :

- *l'enfant fantasmatique* est le produit ancien des désirs de maternité qui se développent dans l'enfance en identification à la mère. Il s'agit donc, pour l'inconscient oedipien de la mère, d'un enfant de son propre père.
- *l'enfant imaginaire* est le produit du désir de grossesse. Il peuple les rêveries conscientes et préconscientes maternelles qui accompagnent la grossesse.
- *l'enfant narcissique* est le dépositaire de tous les espoirs et toutes les attentes de ses parents.
- *l'enfant mythique* est le produit de la société et des références culturelles qui s'y attachent.

Les scénarios comportementaux, affectifs et fantasmatiques maternels (et conjugaux) anticipés pendant la grossesse, organisent en partie les interactions ultérieures avec le bébé en post-natal.

La vie fantasmatique de la mère, et ce qu'elle en **projette** sur son enfant, imprègne leurs relations, la façon dont elle le regarde, le porte, lui parle, parle de lui, entend et répond à ses

demandes. Ses « anticipations créatrices » (Lebovici) se nourrissent de l'enfant imaginaire et de l'enfant fantasmatique qui colorent les soins qu'elle donne à l'enfant réel. [127]

L'histoire familiale dans laquelle ce dernier-né vient prendre place lui impose de porter ce « **mandat transgénérationnel** » (Lebovici), charge parfois bien lourde qui vient perturber l'établissement du lien mère-bébé naissant. On rejoint par là les fantômes (décrits par Fraiberg) qui hantent les chambres d'enfants... [77]

De plus, par sa « **capacité de rêverie** », elle peut non seulement refléter les affects de son bébé pour lui permettre de se reconnaître dans un processus de réflexion en miroir, mais aussi et surtout transformer activement ses éprouvés corporels impensables. Le bébé a donc initialement besoin de la contenance du psychisme maternel pour détoxifier ses projections et les lui re-présenter sous une forme assimilable par son psychisme naissant (fonction alpha de Bion). On rejoint la notion winnicottienne de « bonne mère pare-excitante ». Par ce travail de digestion psychique, la mère évite au bébé de se désorganiser et donne un sens à son vécu. En effet, elle attribue une signification aux projections de son enfant, ce qui lui permet d'y apporter une réponse appropriée et cohérente qui va, en retour, éclairer celui-ci sur ce qu'il a vécu et lui permettre de l'intégrer dans son psychisme. L'enfant utilise donc initialement l'appareil à penser de sa mère puis intériorise progressivement cette fonction de liaison maternelle. [15]

Chez la mère, les projections d'éléments impensables de son enfant viennent réactiver des souvenirs enfouis qui vont à la fois ressurgir à l'identique et à la fois se réorganiser en représentations nouvelles fonction du contexte moteur et émotionnel lié à ce bébé.

Pour pouvoir penser, se penser, puis se penser penser, le bébé a besoin d'être d'abord pensé par sa mère qui lui prête une vie mentale, lui attribue pensées, intentions et désirs (« **fonction réflexive** » de Fonagy), et interprète ses actes dans ce sens. C'est par ses anticipations que la mère contribue à créer de la pensée chez son bébé. [74]

Ainsi, à travers le travail de métabolisation psychique des projections de son bébé, à travers les soins qu'elle lui apporte, à travers ses anticipations à son égard, à travers les affects dont elle le dote et l'entoure, à travers son portage, sa voix, ses regards...la mère inonde son enfant des émanations de son propre monde fantasmatique et participe à la constitution du sien.

b) La vie fantasmatique du bébé

En ce qui concerne le nourrisson, il est bien difficile de dater l'apparition chez lui d'une vie fantasmatique.

On peut parler d'**identification**, adhesive avec Meltzer ou favorisée par le contact peau à peau avec Bick. [145]

De 0 à 2 mois, le bébé est essentiellement un être de sensations.

Bion qualifie de « **données des sens** », ces fragments de sensations distinctes, sorte de chaos dans lequel le corporel et le psychique sont à peine différenciés. [16]

Marcelli s'intéresse aux « protopensées » et désigne sous le terme d' « **agglomérats** » ces expériences primitives de vie du tout jeune nourrisson où sont fusionnés un état affectif, un fragment d'objet et une activité perceptivo-sensorielle. [137]

Pinol-Douriez [167] avance le terme de « **proto-représentations** » pour parler de ces « affects-percepts », sortes de « concrétions » tout à la fois sensibles, sensorielles, perceptives et motrices, où les aspects affectifs, conatifs et cognitifs sont indissociables. Elles correspondent à des invariants empiriques et provisoires et émergent au sein d'une matrice interactionnelle précoce. Elles ne sont accessibles que si la situation est contextualisée « c'est-à-dire qu'un élément de l'environnement quel qu'il soit doit être présent pour ouvrir la voie aux traces mnésiques d'un événement semblable antérieur » (Marcelli, 1985, p.415). [137] Les protoreprésentations du bébé lui permettent de se constituer une activité fantasmatique.

Golse met l'accent sur l'**ancrage corporel** des premiers systèmes de représentation. Pour lui, les premiers noyaux de la psyché sont essentiellement corporels et c'est dans et par le corps que vont se mettre en place, peu à peu, les processus de symbolisation. [85]

Gibello considère que les **schèmes d'action** (enchaînements moteurs) constituent les premiers contenants psychiques pour des objets encore mal différenciés. Les premières représentations du bébé ne porteraient pas sur les situations (représentations de choses) ou les mots (représentations verbales) mais sur les changements psychomoteurs (représentations de l'équilibre). Ceci suppose que l'enfant ait une « connaissance de quelque chose-quelqu'un » qui contribue à modifier cet équilibre. Il nomme ce pré-objet de représentation : « objet épistémique ». [84]

Le jeu mère-nourrisson constitue une situation privilégiée d'étude de l'interaction fantasmatique. En effet, la mère, à travers ses gestes, ses paroles, ses regards, sa capacité à percevoir, respecter et répondre aux signaux de son bébé, nous révèle une partie de sa propre vie mentale, ses ressentis, ses aspirations, ses défenses. Le nourrisson, par ses comportements, son attention ou ses détournements, nous renseigne sur la justesse des perceptions maternelles à son égard, sur ses propres capacités de régulation (auto-régulation et régulation du niveau d'excitation de l'interaction) et d'anticipation, sur ses moyens de protection et les situations qui nécessitent leur mise en œuvre.

5/ La dynamique interactive

Les interactions s'inscrivent dans une rythmicité à la fois circulaire et linéaire, émaillée de répétitions et de changements, tous aussi nécessaires au bon développement cognitif et affectif du nourrisson.

a) Attention / retrait

Le moteur de l'harmonie interactionnelle est la bonne **adaptation du niveau de stimulation** aux capacités d'excitation et d'attention du nourrisson. Ce « registre optimal d'attention et d'éveil » [193] lui est propre et la mère doit s'y ajuster. En effet, une stimulation trop faible entraîne une perte d'intérêt et trop forte un évitement défensif.

Afin de pouvoir **métaboliser l'expérience vécue**, le bébé a besoin de se retirer régulièrement et transitoirement de l'interaction.

On assiste ainsi à une succession de phases d'engagement et de désengagement qui permet à chaque partenaire de réguler l'interaction de façon active en réinitiant ou en interrompant le dialogue.

La sensibilité, la tolérance et le **respect de ces phases de retrait / désengagement** par la mère sont fonction de son propre vécu et de l'histoire en marche de la dyade. Ils semblent garantir la qualité et la durée de ces phases d'attention au cours desquelles se réalise la majorité des apprentissages du nourrisson.

Si la mère ne parvient pas à voir, déchiffrer ou répondre aux signaux de son enfant, soit en raison de la faible expressivité de celui-ci, soit en raison d'une sensibilité maternelle défaillante, les interactions s'établissent sur un mode dysharmonieux et le développement du bébé risque d'en pâtir. En effet, une communication maintenue ininterrompue, où le retrait n'est pas toléré car trop déstabilisant, menace le nourrisson de désorganisation.

Cette « danse de l'approche et du retrait réciproque » [193] peut s'inscrire tantôt dans la normalité sur un mode ludique ou adaptatif, tantôt dans la pathologie sur un mode intrusif ou persécutif.

b) Répétition / nouveauté

Par ailleurs, Stern observe que la mère utilise, de façon spontanée, des **comportements répétitifs** mais **jamais totalement identiques** (vocalisations, mouvements, expressions faciales, stimulations tactiles et kinesthésiques). Ces variations minimales lui permettent non seulement d'éviter le phénomène d'habituation (maintenant ainsi l'intérêt et l'éveil du nourrisson) mais aussi et surtout de « présenter et re-présenter sous des formes légèrement différentes tous les aspects du comportement communicatif et expressif de l'homme » (Stern, 1997, p.122). [192]

Elle aide ainsi le bébé à élaborer des anticipations guidant son comportement et favorisant son fonctionnement mnésique.

Par ailleurs, à partir des variations successives des invariants repérés au sein des différentes modalités de l'expérience répétitive, l'enfant se forge une représentation abstraite (moyennage des variations) que Stern nomme « enveloppe protonarrative ». [193]

Cependant, à côté de ces rythmes répétitifs favorisant anticipation et mémorisation, sentiment de continuité et de sécurité, il existe des moments indispensables de « **surprise** », « tromperies » ludiques qui permettent au bébé d'investir favorablement l'attente, l'écart qui donne matière à penser. [138]

La mère, en maintenant aiguillée l'attention de son bébé, par un jeu subtil d'alternances (engagement / désengagement, répétition / surprise) favorise le développement cognitivo-affectif de celui-ci et l'aide à atteindre cet état d'homéostasie vers lequel il tend.

c) Synchronie / réciprocité

Les phases interactives s'inscrivent tantôt dans la synchronie tantôt dans la réciprocité.

La **synchronie** s'apparente au modèle de la danse proposé par Stern « pour laquelle chacun des partenaires connaît les pas et la musique par cœur et peut donc évoluer exactement en même temps que l'autre » (Stern, 1997, p.124). [194]

La **réciprocité** suppose des ajustements permanents. Pour Tronick et Gianino [202], l'expérience de « **réparation immédiate** » des inévitables manquements de l'interaction permet au bébé de se forger une représentation de l'interaction avec sa mère comme bien régulée et réparable, une image de lui-même comme actif et capable d'influencer le cours de l'interaction. On rejoint le concept winnicottien de mère « suffisamment bonne », c'est-à-dire une mère qui commet des erreurs mais sait « rectifier ses défaillances » ([213] p.138) et s'ajuster au mieux aux besoins et sollicitations de son enfant en y répondant adéquatement mais sans anticipation.

En effet, si la réaction de sa mère contredit ses prévisions (par exemple lors de l'expérience de *Still Face*), le bébé s'efforce de rétablir un échange « normal », dans l'attente d'un réajustement maternel puis se désorganise.

Lamour émet l'hypothèse que les capacités de réparation de la mère sont en partie fonction de sa capacité à accroître son attention à l'enfant « réel », fonction elle-même des interactions fantasmatiques qui l'en éloignent ou l'en rapprochent. [122]

Une interaction harmonieuse

L'étude des interactions mère-bébé permet de définir « le mode de fonctionnement intersubjectif de deux psychés définies par leur intrasubjectivité » (Lamour p.199). [122]

Dans cette inter-relation qui le confronte à l'autre, le bébé développe un sens de soi distinct et différencié.

La mère perçoit et s'adapte intuitivement aux capacités et besoins développementaux de son enfant tant sur le plan comportemental (corporel, visuel et vocal) que rythmique.

Par et dans sa psyché, elle supplée puis participe et oriente la maturation psychique du bébé.

A travers l'accordage affectif transmodal, informations et fantasmes circulent et jouent un rôle décisif dans la communication et la transmission mère-bébé.

L'harmonie de l'interaction repose donc sur l'ajustement mutuel et permanent de chaque partenaire, favorisant la contingence comportementale et le partage émotionnel, au sein d'une dynamique fantasmatique favorable.

II : L'ATTACHEMENT

La notion d'attachement est introduite dans les années 50 par John Bowlby en lien avec les observations éthologiques et les constatations pédopsychiatriques des ravages engendrés par la carence de soins maternels chez le bébé.

Mary Ainsworth enrichit le concept en introduisant la notion d'une balance entre protection et exploration et donne à la théorie une aura scientifique internationale en élaborant une situation d'évaluation expérimentale : la *Strange Situation*.

Mary Main crée un nouvel instrument : l'AAI (Adult Attachment Interview) qui interroge le niveau des représentations.

Ainsi, progressivement, la vision comportementaliste initiale se complexifie grâce aux apports des recherches cognitives et affectives.

1/ Perspective systémique

a) Le système d'attachement proprement dit

L'attachement répond à un **besoin primaire**, c'est-à-dire dérivé d'aucun autre.

Il est **défini par sa finalité** qui est l'établissement et le maintien de la proximité désirée avec la figure d'attachement.

De ce fait il constitue un **avantage sélectif** au regard de l'évolution en favorisant la protection du bébé vulnérable.

Il existe des comportements innés (c'est-à-dire présents dès la naissance chez tous les individus d'une même espèce) et réciproques (mais non symétriques) d'attachement entre une mère et son petit dont l'activation et la forme évoluent dans le temps, le schème génétiquement programmé étant modelé par l'environnement

On désigne par **figure d'attachement** la personne vers laquelle l'enfant dirige son comportement d'attachement.

Sera susceptible de devenir une figure d'attachement, « toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée et durable avec le bébé, qui répond habituellement à ses signaux et à ses approches ». [6]

Bien que l'idée initiale de monotropisme ait été abandonnée, il persiste une hiérarchisation de ces figures en fonction de la quantité (disponibilité temporelle) et de la qualité (disponibilité psychique) des réponses apportées au bébé, de l'investissement affectif qui accompagne les soins. On parle de figure d'attachement principale ou privilégiée (le plus souvent la mère) et de figure d'attachement secondaire ou alternative (le père puis les autres enfants ou un autre membre de la famille). Il faut bien entendu relativiser ces données d'un point de vue culturel car la famille nucléaire et la relation triangulaire père-mère-bébé sont loin d'être universelles.

b) Le système exploratoire

C'est Ainsworth qui introduit cette subtile intrication attachement/exploration.

Les systèmes d'attachement et d'exploration, systèmes antithétiques, se trouvent ainsi chacun activés ou désactivés en miroir. Un enfant sécurisé explore et son système d'attachement est activé à minima (en veilleuse) contrôlant en permanence la survenue possible de sources d'alarme dans l'environnement. Dès qu'il se sent menacé, il active ses comportements d'attachement et cesse d'explorer.

La figure d'attachement joue alternativement le rôle de havre de sécurité et de base de sécurité.

Le qualificatif de **havre de sécurité** désigne le rôle de refuge salvateur joué par la figure d'attachement en cas de danger.

Au contraire, en tant que **base de sécurité**, elle autorise et stimule l'exploration.

Initialement, la proximité physique avec sa figure d'attachement est nécessaire au bébé pour se sentir en sécurité et ainsi pouvoir partir à la découverte du monde extérieur. Sa proximité psychologique l'aide à explorer et réguler son monde interne et celui d'autrui.

Secondairement, l'enfant accède à une conception mentalisée : le sentiment de sécurité qui lui permet d'explorer même en l'absence matérielle de sa source de réassurance.

Le sentiment de sécurité correspond à la confiance du bébé dans la disponibilité et la fiabilité de sa figure d'attachement en cas de besoin. Il se forge progressivement au fil des expériences réelles vécues par le bébé dans sa relation à sa figure d'attachement.

Winnicott parlait de « capacité d'être seul » supposant l'introjection de l'environnement support du moi pour pouvoir passer de la capacité d'être seul « en présence de quelqu'un » à la capacité d'être « vraiment seul » (1958 p.333). [212]

Fort de cette certitude que sa figure de soutien sera accessible en cas de danger (évaluation anticipatoire), l'enfant peut se risquer à explorer.

On conçoit dès lors qu'un attachement sécurisé puisse constituer un avantage pour le développement des capacités cognitives et sociales, favorisant ainsi, indirectement, la survie individuelle et collective de l'espèce.

c) Le système de caregiving

Versant parental de l'attachement, il est l'expression d'une tendance biologique : l'urgence à soigner son petit, modifiée par les expériences sociales. Il est donc programmé mais avec des différences individuelles liées aux apprentissages et à l'histoire personnelle et collective.

Il prend en compte à la fois les soins physiques et affectifs prodigués à l'enfant.

Précisons que par caregiver on désigne toute personne qui s'occupe du bébé et pas uniquement sa figure d'attachement.

On appelle **bonding** le sentiment que ressent le caregiver d'être attaché au petit dont il prend soin.

En 1996, George et Solomon soulignent la nécessité pour les parents de passer de la perspective « d'être protégés » à la perspective « de protéger ». [82]

Le caregiving est l'aboutissement des expériences d'attachement vécues par le parent, modulé par les caractéristiques du bébé et les moments passés avec lui.

En ce qui concerne les **qualités d'un « bon caregiver »**, Ainsworth a mis l'accent sur la *sensibilité* maternelle, c'est-à-dire sa capacité à percevoir, interpréter et répondre correctement et rapidement aux signaux émis par l'enfant. Fonagy insiste sur l'importance d'admettre que l'enfant a une activité psychique et de donner sens à celle-ci (capacité de mentalisation et *fonction réflexive*). [74] Si le parent se montre incapable de répondre empathiquement aux signaux du bébé puis de donner sens à son activité psychique, il compromet la capacité ultérieure de celui-ci à contenir et réguler l'étendue et la complexité de ses expériences affectives. L'*adaptation* aux rythmes du bébé et la *disponibilité émotionnelle* à son égard sont également capitales.

Belsky, dans sa revue de 1999, montre que les éléments prédictifs d'une sécurité d'attachement sont la sensibilité maternelle, sa capacité à répondre à la détresse, à stimuler adéquatement son bébé, son implication et sa bonne réactivité, une synchronie et de la chaleur dans les interactions mère-bébé. [12]

2/ Perspective cognitive

a) Les modèles internes opérants

Grâce à la mémoire dite procédurale, l'enfant est capable d'intérioriser des séquences d'événements puis des modèles d'interaction sous forme de représentations.

Bowlby regroupe sous le terme de « modèle interne opérant » (MIO) ces **modèles mentaux représentationnels**.

On peut les concevoir comme constitués de ces RIGs (Représentations d'interaction généralisées) décrites par Stern, abstractions résultant du moyennage de différents scripts interactifs vécus (variations des invariants). [193]

On peut donc dire avec Golse (2001, p.155) qu'ils se structurent sur un fond de présence interactive mais en référence à l'écart et la différence. [86]

Mixtes d'éléments cognitifs et affectifs, ils connaissent un double ancrage corporel et interactif, ce dernier incluant bien sûr l'histoire et l'arbre de vie de la figure d'attachement.

En s'inspirant des notions d'accommodation et d'assimilation introduites par Piaget, Bowlby distingue deux temps dans le développement d'un MIO : au début le modèle s'ajuste aux différentes interactions vécues pour se constituer puis les nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant même si la correspondance est imparfaite. Une fois le MIO constitué, les nouveaux événements sont donc lus à travers le **filtre** des expériences passées, parfois de façon biaisée.

Les MIO imposent des règles concernant l'organisation de l'attention et de la mémoire qui limitent ou autorisent l'accès aux informations relatives à l'attachement. Bowlby a introduit la notion d'« exclusion défensive » pour désigner le mécanisme qui consiste à ne pas traiter les informations qui risqueraient de déstabiliser le système d'attachement constitué et à les exclure du système de représentations. [20]

Bretherton souligne que ces modèles sont utilisés pour « évaluer et **guider** le comportement dans les situations nouvelles ». [24]

L'accent est donc porté sur l'aspect dynamique des MIO en ce sens qu'ils opèrent dans la vie de l'individu en l'influençant dans sa manière de percevoir le monde (rôle de filtre) et de se conduire (rôle de guide).

Ces modèles portent à la fois sur les figures d'attachement (leur disponibilité, accessibilité, fiabilité) et sur soi-même. En effet, l'enfant élabore simultanément **un modèle de soi**, correspondant à la représentation qu'il se fait de lui-même comme plus ou moins digne d'être aimé, **et un modèle d'autrui**, renvoyant à sa perception des autres comme plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins.

Or, la confiance en soi, nourrie par le sentiment de sécurité, constitue la base de l'estime de soi et de la solidité narcissique indispensables à la réussite des apprentissages.

L'épanouissement cognitif semble donc à nouveau en relation étroite avec la sécurité d'attachement

L'organisation ultérieure des différents MIO élaborés dans l'enfance à partir des multiples expériences relationnelles vécues, dans des contextes et avec des personnes diverses, est toujours sujette à discussions. Howes [106] résume ainsi les hypothèses envisageables :

- hiérarchie des modèles : celui développé au sein de la relation avec la figure d'attachement principale restant prépondérant
- intégration de tous les MIO en une résultante
- indépendance : les MIO seraient influents différemment en fonction du contexte et du domaine en cause

L'étude des MIO est réalisée chez l'enfant par la « tâche des histoires à compléter » et chez l'adulte par *l'Adult Attachment Interview*.

Pour conclure, rappelons avec Fonagy que « le passé influence ou biaise les anticipations mais ne les détermine pas ». [74]

b) Les stratégies conditionnelles

Dès sa naissance, l'enfant dispose d'un répertoire de comportements d'attachement visant à augmenter sa proximité avec sa mère. En fonction de l'efficacité de ces « stratégies primaires » il va élaborer des évaluations anticipatrices quant aux réponses de sa figure d'attachement et adapter son comportement en conséquence. En cas d'échec des stratégies primaires, il va développer des « **stratégies secondaires** » : minimisation c'est-à-dire inhibition du système d'attachement, ou maximisation c'est-à-dire hyperactivation du système d'attachement. [135]

L'**inhibition** du système est favorable à l'attachement lorsque la mère ne supporte pas les demandes affectives de son enfant qui, au lieu de l'inciter à s'approcher, provoquent chez elle le désir de s'éloigner. Les stratégies de minimisation ont pour effet de soulager la mère, rendant alors plus tolérable un rapproché avec son enfant.

A l'inverse, l'enfant **hyperactive** son système d'attachement lorsqu'il constate qu'il n'obtient satisfaction qu'à condition de manifester une détresse extrême. L'inconstance des réponses

de sa figure d'attachement maintient son système d'attachement en état d'alerte permanent : l'enfant est hypervigilant par rapport au lien.

Il arrive que l'enfant échoue dans sa tentative d'aménagement relationnel : il ne parvient pas à développer de stratégie d'attachement cohérente et l'on parle alors de **désorganisation**. [133] Cela se produit lorsque la figure d'attachement de l'enfant, censée représenter pour lui une base de sécurité, est également une source d'alarme et de peur. Il se retrouve donc face à un paradoxe insoluble lorsqu'il ressent le besoin d'être rassuré. On observe également ce phénomène quand l'enfant a peur pour sa mère, générant dans les situations de stress un sentiment d'appréhension. Les enfants désorganisés auraient donc le plus souvent une mère maltraitante, traumatisée ou endeuillée.

On peut identifier ces patterns d'attachement une fois qu'ils sont constitués et stabilisés par la mise en œuvre d'une situation expérimentale standardisée mise au point par Ainsworth : la **Strange situation**. [2] On soumet un enfant âgé de un an à une série de séparations et retrouvailles d'avec sa mère et une étrangère. On considère que les réactions observées correspondent à un mode général, intériorisé, de réaction face aux situations de séparation d'avec une figure d'attachement donnée.

On distingue quatre patterns d'attachement, trois définis par Ainsworth et considérés comme adaptatifs et non pathologiques (catégorie A : insécure évitant, catégorie B : sécure, catégorie C : insécure ambivalent-résistant), et un introduit secondairement par Main (constatant que certains enfants n'entraient dans aucune des catégories pré-citées) et relevant davantage de la pathologie, au moins en terme de vulnérabilité (catégorie D : désorganisé).

Globalement, les enfants classés « sécure » expriment des signes d'inquiétude lors de la séparation et de soulagement lors du retour de la figure d'attachement. Les enfants « évitants » ne semblent affectés ni par le départ de la figure d'attachement (alors que la mesure du taux de cortisol salivaire reflète un état de stress élevé) ni par les retrouvailles. Les enfants « ambivalents-résistants » montrent de la détresse lors de la séparation et une ambivalence lors de la réunion marquée par un désir évident de proximité teinté de colère.

Ces patterns d'attachement se constituent au cours de la première année de vie et les différentes études retrouvent une stabilité de cette catégorisation de 12 à 18 mois.

Ils sont **spécifiques d'une dyade donnée**. Ainsi le pattern d'attachement d'un enfant à sa mère ne permet pas de prédire son pattern d'attachement à son père.

L'acquisition de stratégies d'attachement très différenciées constitue un **processus adaptatif individuel** relativement à une prédisposition génétique à l'attachement.

A long terme, ces stratégies secondaires peuvent s'avérer **néfastes** pour l'enfant.

Ainsi l'inhibition, implique une répression des émotions et une restriction de l'accès aux sentiments, ce qui engendre une limitation de l'engagement affectif vis-à-vis d'autrui et rend l'individu insensible et indifférent aux contacts humains même positifs.

A l'inverse, l'hyperactivation débouche sur une attitude de dépendance anxieuse qui peut devenir invalidante dans la relation interpersonnelle et le fonctionnement social.

3/ Transmission intergénérationnelle

a) L'Adult Attachment Interview : AAI

Dans le cadre de la théorie de l'attachement, la transmission intergénérationnelle a surtout été abordée à travers la correspondance relevée entre les stratégies d'attachement de l'adulte, évaluées au niveau des représentations par l'AAI, et les comportements d'attachement de l'enfant, catégorisés au moyen de la *Strange situation*.

Mis au point par Georges, Kaplan et Main en 1985, cet entretien semi-structuré permet d'étudier les représentations d'attachement de l'adulte en l'interrogeant sur ses propres relations avec ses parents dans l'enfance. [133] Il porte sur **l'état d'esprit actuel** vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée et ne vise absolument pas à évaluer rétrospectivement son attachement dans l'enfance. En effet, les discontinuités développementales introduites par la vie, les expériences d'attachement plus tardives (partenaire, psychothérapie...) colorent les représentations d'attachement à l'âge adulte.

L'analyse repose sur la structure et non sur le contenu de l'entretien : on s'attache à examiner la cohérence du discours selon le principe de coopération du discours rationnel de Grice. [89]

L'AAI définit quatre états d'esprit d'attachement (en miroir des catégories d'attachement définies par la *Strange situation*) : sécuritaire autonome, détaché, préoccupé et désorganisé.

b) La transmission : correspondance statistique AAI / SS

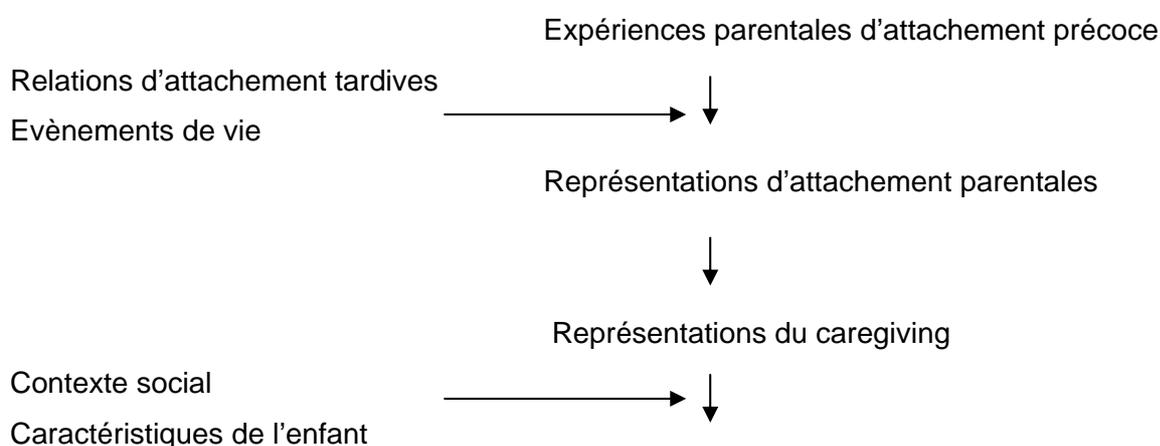
De nombreuses études [171], [91], [206] ont retrouvé ce que Main et ses collaborateurs avaient mis en évidence c'est-à-dire une forte correspondance entre l'état d'esprit d'attachement de la mère à l'AAI (après et même avant la naissance de l'enfant [76]) et la sécurité d'attachement de son enfant mesurée à l'âge de un an par la *Strange situation*.

Ces résultats laissent supposer que la mère transmet ses modalités d'attachement à son enfant.

Selon le **principe général de cette transmission**, le modèle interne que se construit l'enfant dépend de la qualité des relations établies avec sa mère, relations influencées par les représentations mentales de celle-ci, issues des relations d'attachement qu'elle a elle-même expérimentées au cours de sa propre enfance. Les entretiens de la mère concernant son enfance prédiraient donc le style d'attachement de son enfant non par la nature des faits relatés mais bien par la forme du récit qui reflète ses positions défensives, transmissibles via les relations d'attachement.

L'important ne réside donc pas dans le vécu réel de la mère mais dans la manière dont elle a traité psychologiquement ce vécu, ce qui se reflète dans sa narrativité, et va influencer ses relations avec son enfant.

Van Ijzendoorn 1995 :



Comportement parental



Expériences d'attachement du bébé



Représentations d'attachement de l'enfant

c) Les vecteurs potentiels de la transmission

Ainsworth pensait que la sensibilité maternelle et l'efficacité de ses réponses aux signaux de son enfant médiatisait la corrélation MIO parentaux-patterns d'attachement du bébé. Or, dans sa méta-analyse de 1995, Van Ijzendoorn explique que seule une part très restreinte (7%) de cette correspondance peut être attribuée à ce facteur. [206]

Quels peuvent être les autres mécanismes en cause ?

- **La restriction défensive d'accès aux informations**

Selon Bowlby, la mère interagit avec son enfant de la manière qui menace le moins son « homéostasie représentationnelle ». [20]

Une mère sécure répond adéquatement aux besoins de son enfant car elle est capable de traiter tous les signaux qu'il véhicule, y compris les démonstrations d'affects négatifs. Possédant elle-même un modèle relationnel sécurisant et autonome, elle parvient à intégrer les émotions aussi bien positives que négatives, sans les éviter ni risquer d'être envahie. Cette sécurité se traduit par une certaine capacité à identifier les affects de son enfant et à s'y ajuster. La façon dont elle répond à l'éveil des émotions de l'enfant, gère son excitation et désigne les affects qui sont partageables et acceptables ou ceux qui doivent être tus et réprimés, fournit à l'enfant un modèle de régulation des émotions. [166]

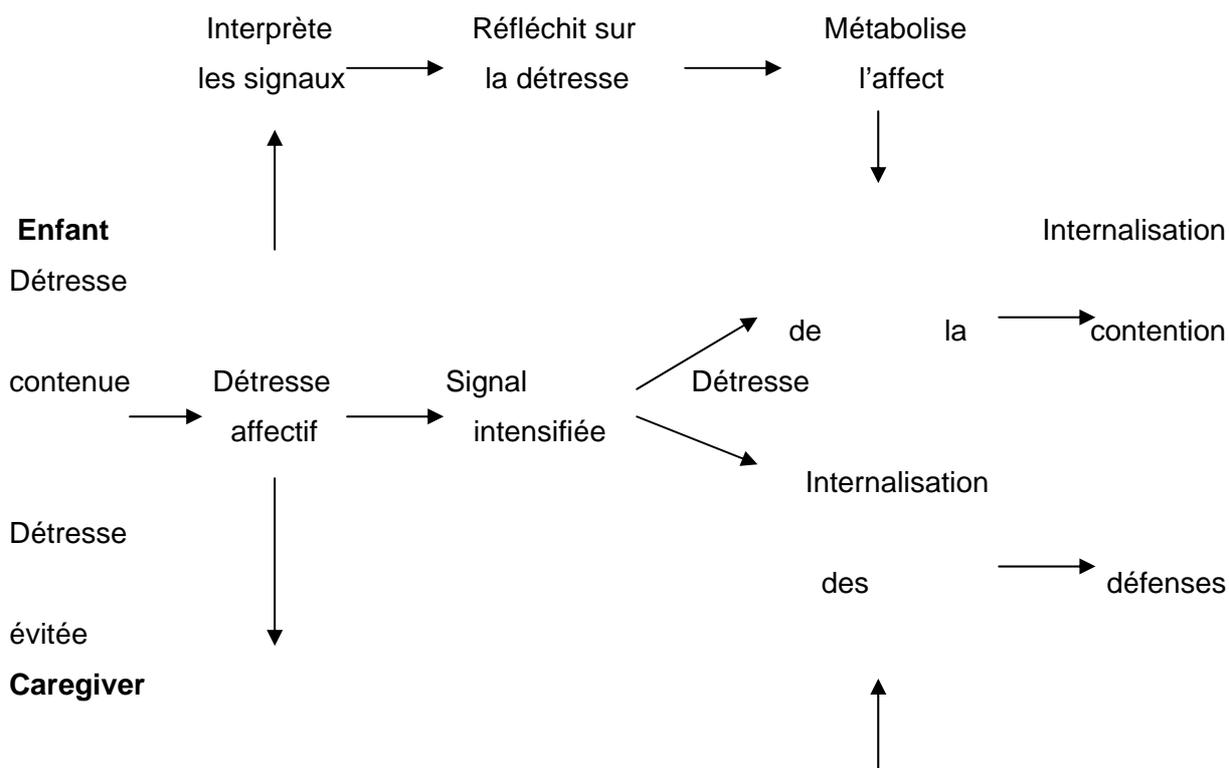
A l'inverse, une mère insécure ignore ou déforme certains signaux car ils risqueraient de déstabiliser son organisation mentale issue des expériences passées.

De la même façon, dans son livre que l'on reconnaît volontiers comme fondateur du vaste courant de recherches et de réflexions cliniques sur la transmission intergénérationnelle, Fraiberg explique que c'est la perte de l'affect associé aux remémorations douloureuses qui vectorise la transmission. Ainsi, ces parents « chez qui la douleur et la souffrance n'ont pas été complètement refoulés, parce qu'ils se souviennent, sont à l'abri d'une répétition aveugle de ce passé morbide ». [77]

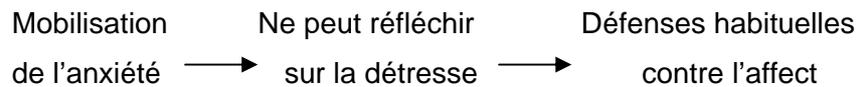
Les *Fantômes dans la chambre d'enfants* sont donc surtout actifs si la mère est dans un état encore très défensif vis-à-vis des événements difficiles de son enfance. N'ayant pas métabolisé ses propres expériences émotionnelles négatives, elle se montre incapable de comprendre de façon maîtrisée et de contenir la détresse de son enfant. Celui-ci se voit donc contraint de s'adapter en mettant en place des stratégies défensives similaires à celles de sa mère.

Ainsi, involontairement et inconsciemment, la mère communique à son enfant les stratégies défensives qu'elle utilise.

Caregiver sécure



insécure



La fonction réflexive

Cette notion trouve son origine dans la théorie de l'esprit qui suppose chez l'être humain une capacité à percevoir les comportements d'autrui en termes d'états mentaux (intentions, désirs, sentiments, croyances).

La « fonction réflexive » (Fonagy) est une fonction mentale qui organise pour l'individu son expérience propre et celle des autres en termes d'états mentaux. [74]

La mère doit saisir l'expérience mentale de son bébé et la lui re-présenter dans un langage que l'enfant peut comprendre.

En percevant ses attentes et en y répondant, elle donne un sens aux signaux qu'il émet.

La mère adopte une position intentionnelle envers un nourrisson qui n'a pas encore d'intention, c'est-à-dire qu'elle lui attribue pensées et désirs en relation avec ses propres états mentaux à son égard.

Si elle représente fidèlement à l'enfant ses propres intentions, celui-ci peut se retrouver en lui-même en tant que personne pensante.

Ainsi la capacité de la mère à percevoir ses propres états mentaux et ceux de son enfant serait corrélée à sa propre sécurité d'attachement et favoriserait celle de son enfant.

- **Les fantasmes parentaux**

Les réactions d'une mère envers son enfant diffèrent beaucoup selon les attentes qu'elle développe à son égard. Elle lui attribue un ensemble de caractéristiques et de motivations, qui, en retour, jouent un rôle dans la personnalité que se forge l'enfant.

Lebovici met l'accent sur l'importance des relations avec ses propres parents dans la perception qu'a la mère de son enfant : « c'est par l'intermédiaire de leur enfant que les parents retrouvent les grands-parents, dont le rôle se trouve ainsi fixé dans l'imagination de leurs enfants et éventuellement dans la conduite de leurs petits-enfants ». [126]

Dans cette optique, Lebovici a décrit plusieurs types de représentations d'enfant qu'une mère est susceptible de se former dès sa grossesse : « l'enfant imaginaire » est le fruit du désir de grossesse, c'est l'enfant tel que sa mère l'imagine; « l'enfant fantasmatique » est le résultat du désir fantasmé de la mère d'avoir un enfant de son propre père ; « l'enfant mythique » est chargé de toutes les références culturelles et médiatiques environnantes, « l'enfant narcissique » est supposé combler ses parents en réparant les échecs de leur existence passée.

Une fois l'enfant né, la perception que sa mère a de lui, ainsi que ses « anticipations créatrices » (Lebovici), c'est-à-dire les interprétations qu'elle fait de ses comportements d'attachement, dépendent plus de ce qu'elle projette sur lui que de ce qu'il est en réalité.

Les représentations que la mère a de l'enfant seraient en grande partie déterminées par des souvenirs mis en latence et résidant dans le préconscient, qui sont réactivés par les rêveries diurnes ou les fantaisies (pour ce qui est du bébé imaginaire) et par un transfert paternel (pour ce qui est du bébé fantasmatique) avec lequel la relation se définit en fonction de l'identification à sa propre mère et de ses fantasmes oedipiens. [125]

d) La validité du concept

Pierre Humbert [166] avance que **ces résultats pourraient être surestimés** pour deux raisons :

- la *Strange situation* n'évaluerait pas simplement les modèles internes relatifs à l'attachement de l'enfant mais la résultante d'interactions entre les modèles de l'enfant et ceux de sa mère. Par conséquent, les résultats recueillis par la *Strange situation* et l'AAI seraient interdépendants. La corrélation ne traduirait donc pas une association entre deux phénomènes indépendants mais n'exprimerait que l'association tautologique entre les deux systèmes de mesure.

- Main et Cassidy ont élaboré le système de catégorisation des entretiens d'attachement adulte en présumant l'existence d'une correspondance entre mère et enfant. Sur la base des quatre mêmes catégories, ont été cherchées des caractéristiques communes, supposées exister, dans le discours des mères d'enfant sécure/évitant/résistant/désorganisé.

De ce double manque d'indépendance (au niveau des données et de leur cotation) pourrait résulter une majoration artificielle des coefficients de corrélation attribués à la présence d'une transmission intergénérationnelle.

D'autre part, **une corrélation même élevée n'indique pas obligatoirement une causalité.** Autrement dit, ces faits ne démontrent pas par eux-mêmes l'existence d'une transmission et rien n'exclut l'influence de variables encore inconnues affectant les deux séries de données mises en correspondance.

Enfin, rappelons le « **transmission gap** » mis en évidence par la méta-analyse de Van Ijzendoorn [206], qui souligne qu'on ne peut pas prédire de façon certaine le pattern d'attachement de l'enfant à partir de l'état d'esprit de sa mère à l'AAI car de nombreuses autres variables entrent certainement en ligne de compte : le tempérament de l'enfant, le contexte socio-économique, l'histoire en marche de la dyade, le rôle du père... De plus les représentations d'attachement sont susceptibles d'être constamment remaniées en fonction des événements de vie et des rencontres.

On ne peut donc pas parler de transmission linéaire, irrémédiable et irréversible.

4/ Parenthèses de vie

Ces quelques vignettes cliniques sont extraites d'un travail de DEA utilisant la *Strange situation* chez des enfants âgés de 12 mois.

a) Victor ou la quête éperdue d'une figure d'attachement stable

Né d'une grossesse accidentelle peu investie par le papa, Victor est âgé d'un mois et demi lorsqu'à l'occasion d'une consultation pour conjonctivite, on lui diagnostique une malformation cardiaque (communication interventriculaire).

Madame se culpabilise beaucoup de ne pas avoir voulu (ou pu) reconnaître plus tôt les difficultés respiratoires de son fils malgré les remarques de l'entourage, en particulier familial.

Elle décrit Victor bébé comme « un inconnu, un étranger » auquel elle redoute de s'attacher : « si ça doit mal tourner, je préfère que ça se passe tout de suite car chaque jour qui passe on s'attache plus à l'enfant ».

Victor est hospitalisé pendant un mois. Madame ne passera aucune nuit à l'hôpital aux côtés de son enfant. Elle explique se sentir fragile et avoir « peur de craquer si elle passe une mauvaise nuit à l'hôpital ». De plus, elle ne veut pas délaissier sa fille aînée. Cependant, elle vit très mal cette « séparation du soir ». Elle part en catimini quand Victor est endormi : « à l'époque il était tout petit, je ne le connaissais pas ; maintenant qu'il est plus grand, je ne pourrais plus le laisser seul la nuit ».

On perçoit la fragilité de l'investissement de ce bébé qui risque à tout moment de mourir, la culpabilité très forte de cette femme qui se vit comme une mauvaise mère et se protège par l'évitement.

Après son hospitalisation, Victor est gardé par sa mère pendant deux mois puis par une nourrice à domicile pendant les deux mois suivants. Avec l'arrivée des grandes vacances, madame reprend le flambeau pendant deux mois. Depuis la rentrée, c'est-à-dire depuis six mois, Victor a changé quatre fois de nourrice. Or, c'est au cours de sa première année de vie que l'enfant identifie ses figures d'attachement et se forge un sentiment de sécurité à partir des expériences qu'il vit avec elles. Une telle variabilité favorise l'installation d'un attachement inséure.

Interrogée sur le caractère actuel de Victor, madame le décrit comme « plus adaptable que sa sœur ». On imagine qu'il a dû mettre en place des stratégies adaptatives pour faire face à cet environnement changeant donc peu fiable et difficilement anticipable.

En ce qui concerne son enfance à elle, madame n'a que peu de souvenir. Elle a « l'impression d'en faire plus pour ses enfants que ses parents n'en ont fait pour elle ». On entrevoit une attitude très défensive vis-à-vis des représentations d'attachement.

A la *Strange situation*, Victor manifeste un attachement évitant à sa maman.

On peut supposer l'influence de l'hospitalisation (éloignement physique d'avec la mère, multiplicité des intervenants), des difficultés initiales d'investissement maternel (culpabilité, peur de le perdre, besoin de se protéger), des changements itératifs de nourrice (en particulier « abandon » par la première jeune fille, certainement investie comme figure d'attachement secondaire), et du style d'attachement maternel probablement évitant.

b) Christophe ou la contagion psychique dans la fusion, la carence et l'angoisse

Premier enfant du couple, faisant suite à une fausse-couche spontanée (un an auparavant), Christophe est un enfant très attendu.

En raison de complications vasculaires du post-partum, madame reste hospitalisée pendant deux mois à la maternité, avec Christophe. Elle l'allaita pendant huit mois. La relation mère-bébé s'instaure donc sur un mode quasi exclusif, le tiers paternel étant, par la force des choses, peu présent.

A l'âge de trois mois, apparaissent chez Christophe une cyanose et des difficultés respiratoires qui inquiètent beaucoup madame. Les médecins se veulent rassurants mais, cinq mois plus tard, on découvre que Christophe souffre d'une malformation cardiaque grave. Il est alors hospitalisé, au total pendant six mois. Madame passe le plus clair de son temps auprès de lui, au détriment de sa vie conjugale.

En raison d'un syndrome dépressif, elle consulte, à ce moment-là, un psychologue.

Ainsi, depuis sa naissance, Christophe a rarement été séparé de sa mère, sauf entre l'âge de six et huit mois (avant le diagnostic). Or, si l'absence prolongée ou imprévisible peut se révéler déstructurante pour le bébé, une présence constante peut devenir étouffante car elle ne permet pas à l'enfant de faire l'expérience nécessaire de la solitude et de la frustration. Le développement psychique de l'enfant se construit autour de l'absence, stimulante, sur fond de présence, rassurante.

Madame a eu une petite enfance difficile : elle a vécu en orphelinat jusqu'à l'âge de huit ans puis a été adoptée par une famille « merveilleuse ». Elle dit être restée très proche de sa mère adoptive à qui elle téléphone une heure par jour. On peut supposer qu'à l'orphelinat, madame n'a pu se construire de sentiment de sécurité en intériorisant l'image d'une bonne mère fiable et aimante. C'est pourquoi, elle ressent le besoin impérieux de se rassurer quotidiennement quant à la disponibilité physique et psychique de sa figure d'attachement maternelle.

Concernant la réalisation de la *Strange situation*, madame exprime au préalable son anxiété vis-à-vis de la phase de séparation : « pour lui ce n'est pas un souci d'être séparé de moi, c'est plutôt moi qui suis possessive ». Effectivement, elle reste tout près de lui en permanence, malgré la consigne d'aller s'asseoir à distance lorsque l'enfant semble familiarisé avec le lieu et les jouets. Christophe manifeste de la détresse lorsqu'il est seul et de la colère au retour de sa mère, ce qu'elle souligne avec étonnement.

La mère de Christophe semble donc avoir noué avec son fils, comme avec sa mère adoptive, une relation fusionnelle, étouffante.

On peut imaginer que le vécu maternel d'abandon et de carence à l'orphelinat, ses inquiétudes quant à sa santé personnelle puis celle de son enfant, son syndrome dépressif après l'annonce du diagnostic, ont altéré sa disponibilité et sa sensibilité aux signaux de l'enfant.

De plus, on peut s'interroger sur la part de contagion psychique venant d'une mère en colère contre le milieu médical qui n'a pas su déceler plus tôt la malformation de son bébé.

Enfin, l'appréhension de madame concernant la phase de séparation (aggravée par sa propre intolérance à l'éloignement du fait de son insécurité d'attachement) s'est probablement transmise à Christophe majorant sa propre détresse.

On se trouve donc face à une problématique abandonnique intergénérationnelle avec transmission d'une insécurité d'attachement sur le mode « anxieux-résistant ».

c) Stanislas ou l'enfant évité évitant

Excepté deux épisodes de malaise non étiquetés, Stanislas n'a présenté, depuis sa naissance, aucun problème particulier.

Par contre, madame a subi une interruption volontaire de grossesse un mois après la naissance de Stanislas et a ensuite fait une fausse couche spontanée sur stérilet mal posé.

La vie de madame est émaillée de violence et de deuils : violence physique de ses deux parents à son égard, violence psychologique de la maladie de sa sœur aînée schizophrène ; deuil de son « premier amour d'adolescence assassiné » et de sa mère qui est décédée il y a deux ans et demi.

La mort apparaît donc omniprésente dans la vie de cette femme et la touche dans sa chair et sa filiation ascendante et descendante.

Quels échos l'interruption volontaire de grossesse et la fausse couche spontanée ont-ils éveillés chez elle au regard de tous ces deuils difficiles et violents ?

Les épisodes de malaise ont-ils réactivé ou confirmé des angoisses de mort concernant cet enfant qui célèbre la victoire de la vie ?

Comment a-t-elle réussi à investir ce bébé, cette nouvelle vie qui s'éveille et s'épanouit malgré la mort qui rôde, qui réclame tant d'attention et d'énergie alors que les malheurs continuent de s'abattre ?

De son enfance, madame a gardé la hantise de se montrer violente envers ses enfants. Avant d'être enceinte puis pendant sa grossesse, cette idée l'obsède et la terrorise. Cependant, depuis que Stanislas est né, elle n'a succombé à aucun accès de violence à son égard car lorsqu'elle se sent en difficultés avec lui, elle le confie à son père. Elle a donc opté pour une stratégie d'évitement afin de ne pas reproduire ce qu'elle a elle-même vécu, dans une répétition inéluctable et fatidique.

Lors de la *Strange situation*, Stanislas se montre nettement évitant envers sa mère. Lorsqu'elle revient après la phase de séparation, il lui tourne immédiatement le dos, ne lui sourit pas, lui jette un regard furtif puis s'éloigne. Il passe les trois minutes restantes concentré sur un jouet, dos tourné à sa mère sans lui adresser un regard, un sourire ou une vocalise.

On peut supposer que cette peur de la violence parasite et paralyse les relations mère-fils, limitant voire empêchant tout contact physique. Or il a été clairement démontré que cet évitement maternel du rapproché physique avec son enfant favorise chez celui-ci le développement d'un attachement évitant.

Peut-être madame a-t-elle transmis ses modalités défensives à son fils, elle qui a dû se protéger dès l'enfance en excluant les affects négatifs de ses représentations pour pouvoir se construire malgré la violence de son environnement.

Enfin, il est probable que les événements douloureux qui ont suivi la naissance de Stanislas aient entravé la disponibilité psychique de madame, favorisant l'installation d'un sentiment d'insécurité chez son enfant.

Un attachement sécure

A la lumière des expériences interactives vécues avec sa mère, le bébé élabore une représentation mentale de sa relation avec elle.

Il la reconnaît comme une personne sensible, fiable et sécurisante, qui saura non seulement pourvoir à ses besoins physiques mais aussi psychiques.

Il se forge une image de lui-même comme digne d'amour, et d'autrui comme digne de confiance.

Ayant intériorisé un sentiment de sécurité quant à la disponibilité et à la fiabilité de sa figure d'attachement, il pourra partir à la découverte du monde, physique et psychique, d'autrui et de lui-même, et développer son autonomie.

Les représentations d'attachement de la mère, issues de son enfance mais remaniées par ses événements de vie, imprègnent les interactions comportementales et fantasmatiques qu'elle noue avec son enfant.

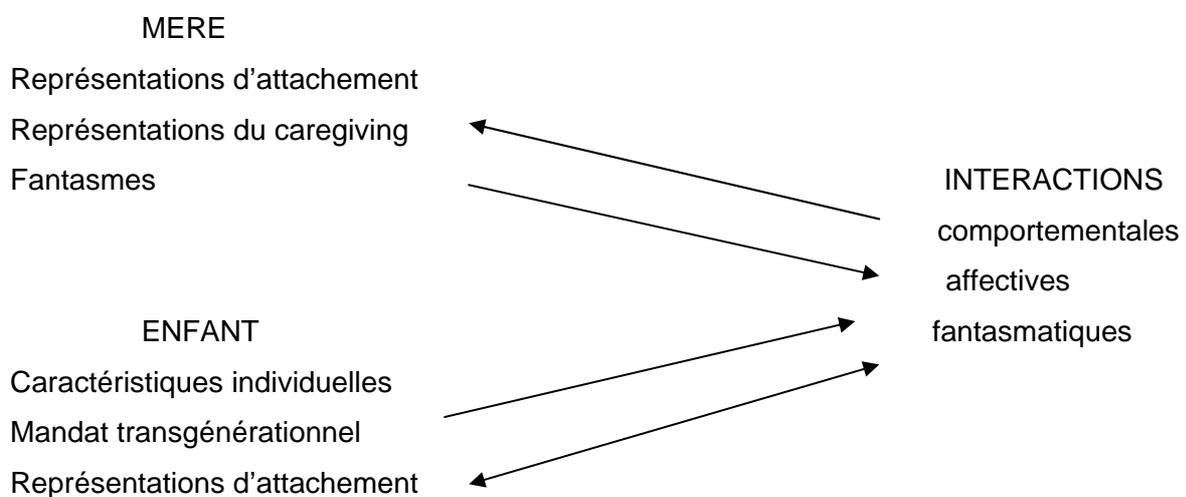
Elle lui transmet ainsi les règles de fonctionnement (défensif, affectif et cognitif) qu'elle a elle-même adopté, contribuant à modeler ses patterns d'attachement en cours d'élaboration.

CONCLUSION

Les questions de l'attachement et des interactions paraissent inextricablement mêlées.

Les situations d'attachement fournissent l'occasion des échanges interactifs dont la qualité va modeler les représentations d'attachement qui, à leur tour, vont colorer les interactions futures.

On retrouve donc le principe de la spirale, du co-déterminisme, qui fait du lien mère-bébé un processus en constant devenir.



La transmission intergénérationnelle, qui concerne à la fois les modèles d'attachement et les fantasmes, passe obligatoirement par la voie interactionnelle (tant comportementale qu'affective), moyen de communication intime entre la psyché de la mère et celle de son enfant.

Tout élément extérieur (pathologie maternelle ou infantile, évènement de vie ...) peut venir perturber la cascade transmissionnelle, contraignant chaque partenaire à des remaniements représentationnels et les exposant à des résurgences fantasmatiques inattendues.

DEUXIEME PARTIE L' HOSPITALISATION DU NOURRISSON

OU

LE LIEN

A L'ÉPREUVE DE LA

SOUFFRANCE SOMATIQUE

INTRODUCTION

« Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille a coutume d'applaudir à grands cris.

Quand l'enfant grandit il est couvé de mille yeux qui s'exclament et s'attendrissent.

Mais si soudain, dans ce ciel du développement très précoce que l'on voudrait serein, le tonnerre de la maladie frappe, tout vacille...

En cette période si particulière de l'avènement balbutiant de la parentalité, dans l'intensité archaïque de la relation entre le nourrisson et son environnement humain, toute atteinte à l'intégrité du bébé touchera démesurément l'un et l'autre partenaires de cet ensemble parent-enfant. » Ben Soussan (1998, p.19) [13]

L'hospitalisation du nourrisson confronte la dyade à un double traumatisme : celui de la maladie qui attaque le corps de l'enfant et à travers lui fragilise le psychisme et du bébé et

de sa mère, et celui de l'univers hospitalier qui impose ses contraintes matérielles et humaines dans la rupture et l'incompréhensible.

La violence de la naissance prématurée réside dans cette rencontre trop précoce entre le nourrisson et le monde extérieur, la mère et l'enfant réel.

I : LE CORPS

Objet de la science, martyr ou miraculé, objet de la malchance, persécuteur persécuté, le bébé malade peine à devenir sujet dans la tête de sa mère dont le sentiment de maternalité hésite et vacille.

1/ La maladie

a) Le traumatisme

- **L'annonce : le choc**

La révélation d'une maladie grave concernant ce bébé porteur de tous les espoirs de ses parents constitue indéniablement pour la mère un traumatisme. Choc inattendu, non préparé et écrasant, elle agit comme un anesthésique par l'arrêt de toute activité psychique.

Cet évènement, qui bouleverse radicalement la vie de la mère, met à mal son économie psychique, provoquant parfois des attitudes irrationnelles, déconcertantes pour l'équipe

soignante. Celles-ci témoignent d'un débordement des capacités du moi et reposent sur un mécanisme de clivage : d'un côté, la mère entend et admet le savoir médical, de l'autre, elle refuse d'y croire sous l'effet de « la pensée magique » (Freud).

On observe une tendance globale à la confusion, l'enfant étant réduit à sa maladie et la mère, dans un mouvement d'identification à son enfant, vivant un véritable ébranlement identitaire.

Quant au bébé, au travers de cette aire psychique commune qu'il partage avec sa mère, il ressent le caractère dramatique de l'annonce qui le concerne.

On peut imaginer un ressenti de lâchage brutal par le psychisme sidéré de sa mère, une sensation corporelle de chute sans fin vers un inconnu dangereux et effrayant (même pour sa figure de protection), un sentiment de désespoir et de culpabilité devant cette déception parentale dont il se sait responsable.

- **La sidération : le débordement psychique**

La maladie fait ressurgir ou ravive les angoisses archaïques du bébé auxquelles se rajoutent les angoisses liées au sentiment d'étrangeté qui se dégage de ce corps défaillant et de cet environnement menaçant.

De plus, en communication émotionnelle avec sa mère, le bébé peut se laisser envahir par l'angoisse maternelle par un phénomène de contagion psychique.

Enfin, le flot de sentiments chaotiques, de sensations inquiétantes auxquelles il doit faire face, est difficilement assimilable par son psychisme immature.

Or, le choc de l'annonce fait effraction dans le psychisme maternel qui ne peut plus remplir son rôle de métabolisation psychique des projections du bébé. Sidérée, la mère n'est plus apte à lui prêter son propre appareil à penser les pensées. Le bébé, non pensé, ne peut parvenir à penser, se penser puis se penser penser. Son processus de subjectivation est entravé et son « sentiment continu d'exister », fragilisé.

De plus, les capacités d'identification de la mère se heurtent à l'inquiétante étrangeté qui entoure ce bébé si différent.

L'enfant, ne peut plus compter sur la qualité du holding physique et psychique de sa mère pour lui venir en aide, il se trouve alors confronté à un débordement psychique très délétère pour la naissance de son appareil à penser.

Ciccone [47] rappelle les conditions nécessaires à cette élaboration :

- un équipement somatique et neurophysiologique suffisamment adéquat et performant

- un environnement pensant, qui témoigne d'une vie mentale
- un environnement investissant le bébé, lui prêtant des pensées

Chez le bébé malade, tous ces éléments sont défaillants :

- le corps est fragilisé, ses compétences amoindries par la maladie
- le psychisme ambiant, sidéré par cette révélation traumatique, échoue, au moins transitoirement, dans sa fonction de miroir et de contenant psychique
- le risque vital et l'impossible reconnaissance freinent l'investissement de ce bébé différent

- **L'après-coup : fantômes et fantasmes**

Si l'on reprend la théorie freudienne de l'après-coup, le traumatisme se passe toujours en deux temps, c'est-à-dire que l'évènement extérieur ne devient traumatisant que parce qu'il fait écho à des fantasmes inconscients préexistants ou à des souvenirs refoulés d'un évènement antérieur.

Ainsi la maladie de l'enfant peut venir raviver chez la mère d'anciens conflits, réveiller les « fantômes du passé » [77].

Par le péril qu'elle représente pour la vie, elle réactive les fantasmes de mort, réveille les parties mortes de la mère voire assassine ses parties vivantes. Elle interroge l'adulte, qui se rêvait immortel, sur sa propre mort, elle reconvoque les fantômes des deuils antérieurs.

La violence du traumatisme tient donc autant sinon plus du degré de collusion entre la réalité et la vie fantasmatique de la mère que de la gravité réelle de la maladie du bébé.

- **Le pourquoi : la faute originaire**

L'annonce d'un diagnostic aussi inattendu et imprévisible soulève inévitablement chez la mère de multiples interrogations qui le plus souvent restent sans réponse.

Apparaissent alors dans les pensées voire le discours de la mère, la référence à un pouvoir occulte ou surnaturel, la croyance en une faute à expier par une punition céleste touchant toute la généalogie.

Cet enfant devient alors la preuve vivante du manquement imaginaire parental.

L'annonce de cette « tare » familiale, confirmant une faute ou une fatalité, ne peut que renvoyer à la question des origines : « qui sommes-nous ? D'où venons-nous ? ».

La maladie du « dernier-né » introduit dans cette chaîne ancestrale une brisure, une faille.

b) La rupture

- **L'annonce** de la maladie du bébé fait effraction :
 - dans « l'enveloppe temporelle du moi » de la mère (contenant qui permet au moi de s'édifier progressivement) la marquant à jamais d'un « avant » et d'un « après ».
 - dans l'imaginaire parental d'un enfant attendu et rêvé brutalement « gommé » par l'annonce de cette « imperfection ». L'enfant se métamorphose subitement en persécuteur culpabilisant, réactivant les échecs et traumatismes antérieurs.
 - dans le projet de vie de cet enfant soudain grevé d'angoisses de mort ou de séquelles plus ou moins handicapantes.
 - dans l'harmonie interactionnelle physique et psychique de la dyade, bouleversant son équilibre naissant ou empêchant qu'il s'installe correctement, mettant ainsi en péril le développement affectif et cognitif du bébé.

- **L'hospitalisation** qui s'en suit rajoute :
 - une rupture brutale pour le nouveau-né avec son environnement habituel. Il se retrouve soudain immergé dans un monde inconnu, étrange et effrayant, en écho à ces nouveaux ressentis corporels et émotionnels.
 - une rupture plus ou moins complète du lien mère-bébé, physiquement et psychiquement (la sidération psychique rendant la mère indisponible pour son bébé).
 - une rupture dans la fonction maternelle protectrice assumée par le corps médical. La mère se sent dépossédée de son enfant, dévalorisée et culpabilisée par cette substitution médicale à sa parentalité défaillante.

c) Le devenir

- **Le questionnement**

Face à ce bébé devenu soudain pour elle « un étranger à demeure » (Bouchard-Godard) [18], la mère voit vaciller toutes ses certitudes et les interrogations affluent, au risque de la submerger, paralysant le processus psychique et affectif d'investissement maternel : qui est-il vraiment ? Que va-t-il devenir ? Va-t-il mourir et m'abandonner ? Va-t-il vivre mais au prix de quelles séquelles ? Que vais-je devenir sans mon bébé ou avec un bébé « pas comme les autres » ? (Korff-Sausse) [114]

La mère hésite, résiste à s'engager pleinement dans un processus d'attachement envers ce bébé à l'avenir tellement précaire et incertain.

- **La bi-temporalité**

Lorsque la maladie du bébé nécessite une prise en charge urgente, la mère se trouve entraînée dans une spirale d'évènements dont la précipitation empêche le travail de pensée. Le temps psychique de l'élaboration se trouve nécessairement suspendu au profit du temps physique de l'action : agir pour ne pas penser et ne pas penser pour pouvoir agir.

Ce « déplacement par l'acte » peut constituer un moyen pour la mère d'élaborer le traumatisme psychique : on pourrait parler d'« *acting cure* » (Mejia) [144].

Cette accélération du temps présent a le mérite de précipiter la mère dans l'avenir, l'empêchant ainsi de rester prisonnière du passé.

Elle se trouve donc confrontée à la chronologie médicale, paradoxale et complexe, qui mêle le temps de l'attente, temps figé suspendu à l'évolution de l'état physique du bébé, et le temps de l'urgence, épée de Damoclès qui peut frapper n'importe quand.

- **La reconstruction**

On observe classiquement trois phases dans le travail psychique post-traumatique :

- la sidération psychique avec paralysie de la pensée efficiente, incapacité d'élaboration et risque d'effondrement psychique
- le déni, correspondant à une isolation des affects, parfois accompagné d'hyperactivité motrice ou intellectuelle visant à canaliser l'énergie psychique
- l'acceptation du diagnostic entraînant le déferlement des affects négatifs retenus jusque-là : colère, tristesse, sentiments de culpabilité ou d'injustice.

C'est par une double identification, à l'enfant dans son impuissance et au corps médical dans son rôle protecteur, que la mère parviendra petit à petit à se réapproprier son vécu.

Ces mécanismes d'adaptation ou « *coping stratégies* » (Chodoff) [45] sont nécessaires à l'établissement d'un nouvel équilibre individuel et familial.

En effet, la maladie du bébé fait effraction non seulement dans l'enveloppe psychique parentale mais aussi dans l'enveloppe groupale qui unit les différents membres de la famille. La reconstruction de ce corps commun morcelé et disloqué sera longue et douloureuse, la famille devant se recréer un nouveau roman familial.

La mère attaquée dans son identité filio-parentale, devra effectuer un double travail de deuil (celui de l'enfant idéal et celui du parent idéal) pour pouvoir reconnaître son enfant comme sujet et se reconnaître comme sa mère.

Le bébé aura lui à faire le deuil de la normalité de son corps et de cet enfant qu'il aurait dû être pour sa mère et qu'il n'est pas mais qu'il découvre dans ses regards et ses gestes. C'est à travers ces renoncements qu'il pourra se donner le droit et l'envie de vivre.

- **La guérison**

L'absence de définition temporelle claire de la guérison induit un climat d'incertitude entretenu par les visites de contrôle.

Pour se protéger d'une éventuelle complication, aggravation ou rechute, la mère peut avoir tendance à figer ce temps, évitant toute anticipation, au risque de compromettre le développement psychique et affectif de son bébé.

Elle peut aussi éprouver des difficultés à dépasser la réaction de deuil anticipé éprouvée à la phase aigue, au risque d'une sidération psychique et d'une difficulté d'investissement du bébé.

Si la guérison survient, elle contraint à de nouvelles représentations de l'enfant et de son avenir.

La mère et le bébé vont devoir faire face à un double travail de deuil : celui de l'enfant malade et celui de l'enfant imaginaire ou précédant la maladie qu'ils ne retrouveront pas. En effet, la guérison ne permet jamais le retour à l'état antérieur car l'image que la mère garde de son enfant et que l'enfant offre de lui-même reste toujours teintée de la maladie.

Le temps de la guérison physique ne correspond pas toujours au temps de la guérison

psychique.

2/ L'enfant malade

a) La différence

Insistons tout d'abord sur la pluralité de situations qui se cache sous ce singulier. En effet, il n'existe **pas une mais des différences** dont le retentissement sera très différent selon qu'elle est extérieurement visible ou non, mortelle, curable ou handicapante.

L'**enfant réel** que la mère découvre ne correspond pas au « **rêve d'enfant** », au projet idéalisé qu'elle s'était construit.

Rappelons rapidement les quatre bébés qui coexistent dans la tête de la mère [126] :

- l'enfant fantasmatique : groupe de représentations mentales, principalement inconscientes que la mère s'est forgées depuis sa plus tendre enfance ; c'est l'enfant des conflits infantiles refoulés de la mère, l'enfance incestueuse du grand-père maternel.
- l'enfant imaginaire : rêveries conscientes et préconscientes de la mère à propos de l'enfant à venir : son sexe, son prénom, ses qualités.... Il est le fruit du désir de grossesse.
- l'enfant narcissique : il est le dépositaire de tous les espoirs et toutes les attentes des parents ; tout ce qu'ils n'ont pas pu faire, pas réussi, tous leurs idéaux manqués..., leur enfant sera chargé de les réaliser, dédommageant ainsi ses parents de leurs regrets et frustrations.
- l'enfant mythique ou culturel : il est issu des représentations propres à chaque époque, chaque civilisation, société ou groupe culturel, chargé de toutes les références culturelles et médiatiques de la mère.

Décevant, « castrateur » bien involontaire, le bébé malade rompt la **matrice symbiotique postnatale** parce qu'il affirme trop brutalement et trop précocement sa différence.

La naissance de la parentalité est alors non seulement fragilisée mais aussi précipitée, prématurée psychologiquement par cette altérité qui impose à la mère une expérience de séparation psychique traumatique.

Ce bébé imparfait attaque le **narcissisme maternel** dans sa capacité à créer du beau, et dans sa propre image d'elle-même que son enfant lui renvoie défigurée, la révélant à elle-même dans son incomplétude et ses failles.

Mais parfois, au contraire, la différence est sublimée, elle devient pour les parents l'occasion de vivre une expérience unique, impose un dépassement de soi-même qui fortifie le couple à travers chaque parent.

Or, comme le rappelle Winnicott [214], le bébé se voit lui-même dans le regard de sa mère le regardant.

La mère offre ainsi à son bébé une représentation de lui-même qu'elle lui transmet par ses gestes, son comportement et surtout le regard qu'elle porte sur lui.

Le bébé malade, imparfait, décevant, reçoit donc de lui-même une image brisée alors que le bébé dont la différence est valorisée, se vivra comme « suffisamment bon » aux yeux de sa mère donc à ses propres yeux.

b) L'inquiétante étrangeté

La maladie du bébé confronte la mère avec violence à la notion d' *Unheimlich* développée par Freud [78] qui rend compte de « tout ce qui aurait dû rester secret et caché mais est venu au jour ».

Cette inquiétante étrangeté surgit « chaque fois que les limites entre imagination et réalité s'effacent, où ce que nous avons tenu pour fantasme s'offre à nous comme réel ».

Or, à côté du fantasme de l'enfant idéal, existe toujours un enfant du fantasme négatif : monstrueux et insatisfaisant. Et voilà que naît un enfant malade, mal fini, imparfait...

Ainsi le péril est extrême pour le nourrisson porteur d'une maladie grave, de voir son image vaciller dans l'inquiétante étrangeté au risque d'empêcher l'émerveillement narcissique maternel et l'investissement libidinal, voies d'accès à la personnification, de gêner l'identification maternelle nécessaire à la construction psychique.

c) La reconnaissance

La mère éprouve de la difficulté à s'identifier à cet enfant qui lui renvoie, tel un miroir brisé, une image dans laquelle elle a du mal à se reconnaître : « Est-ce vraiment le mien, mon bébé, une partie de moi-même ? ».

La filiation est rompue et sera difficile à rétablir.

Or, c'est en s'identifiant à son bébé que la mère peut détoxifier ses projections et donner sens à ce qu'il vit en se référant à ce qu'elle imagine être son vécu.

C'est grâce à son état de « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956 in [212]) qu'elle peut se mettre à la place de son bébé, le comprendre comme personne et le satisfaire au mieux.

Mais, face à un bébé malade, l'accordage est beaucoup moins évident : c'est l'incompréhension (de ce qu'il est, de ce qu'il ressent, de ce dont il a besoin), qui domine la relation.

Ainsi, au-delà même de la phase aiguë du traumatisme qui altère les capacités de métabolisation psychique et les capacités relationnelles empathiques de cette mère en état de sidération psychique, il reste très difficile pour elle d'investir ce bébé comme « enfant-sujet », de le rêver et le penser, faute de parvenir à s'identifier à ce qu'il est et ce qu'il vit.

3/ L'enfant partenaire

a) La subjectivation

L'arrivée d'un enfant nécessite toujours, de la part des parents, un mouvement volontaire conscient « d'adoption », lui reconnaissant ainsi le droit de vivre en tant que sujet dans une filiation. Cette adoption, nouvel acte d'existence symbolique de l'enfant, mobilise des mécanismes archaïques profondément enfouis, et fait appel au mécanisme premier de l'investissement d'un enfant : l'identification primaire.

La maladie physique, en frappant ce petit être à l'aube de sa vie, menace la reconnaissance de son droit à une existence psychique autonome.

La mère, bouleversée, déçue, déconcertée, peine à reconnaître ce bébé comme le sien, comme un enfant, comme un sujet.

La menace de mort qui pèse sur lui freine son investissement.

La désorganisation psychique maternelle entrave l'élaboration des processus de pensée du bébé qui, non pensé, ne peut se penser.

Ainsi, son accession à la subjectivation ne se réalise ni dans son psychisme propre ni dans celui de sa mère.

Objet de la science et de la malchance, il devient un malade avant d'être devenu un enfant.

b) Les anticipations créatrices

- **sur le plan comportemental**

Les études anthropologiques montrent que dans toutes les cultures, l'enfant est soumis, dès son plus jeune âge, à des pratiques intimement liées à la conception que l'on se fait de son corps, de ses compétences à un moment donné et de celles qu'il doit acquérir. [26]

Ainsi la façon dont une mère se comporte avec son enfant dépend beaucoup de ce dont elle l'imagine capable.

La mère d'un enfant malade, lui supposant de plus faibles capacités motrices ou interactionnelles, le stimulera moins dans ces domaines présumés défaillants, accentuant par là même un éventuel déficit réel.

Une mère qui attribue moins de compétences à son bébé aura moins d'attentes envers lui et aura tendance à anticiper davantage des échecs que des succès qui auront alors beaucoup moins de chances de se réaliser.

Elle entretient ainsi un cercle vicieux : moins elle en demande, moins elle en reçoit et vice versa.

Ainsi, ce que la mère suppose de son bébé contribue à le créer tel qu'elle se l'imagine.

- **sur le plan interactionnel**

Lebovici a proposé le terme d'« anticipations créatrices » pour souligner le rôle du psychisme maternel dans la genèse des interactions mère-bébé. [127]

De même, Fonagy a proposé le concept de « fonction réflexive » [74], faculté d'attribuer intentions et désirs à son bébé, fondatrice et de la capacité à penser du bébé et d'un lien d'attachement sécure mère-bébé.

Normalement, la mère développe juste après la naissance une sensibilité aigüe aux besoins de son bébé que Winnicott a surnommé « préoccupation maternelle primaire ».

Passant par une phase d'exploration intense (visuelle, tactile, verbale), la mère apprend à connaître, reconnaître, s'identifier à son enfant.

Par cette communion physique et psychique, elle noue une relation mère-bébé solide, fondement d'un attachement sécure.

Comme sur le plan comportemental, la mère anticipant les compétences interactionnelles et cognitives de son enfant, le sollicite intensément, l'invitant à devenir acteur de cette relation.

Mais la maladie du bébé le prive des anticipations fondatrices de sa mère, sa différence met en échec la sensibilité maternelle, l'hospitalisation entrave le processus d'exploration mutuelle.

Ce contexte si particulier de la maladie grave du bébé modifie ainsi fondamentalement l'émergence des compétences interactives au sein de la dyade, qui s'installe dans une sorte de précarité relationnelle.

Il s'agit donc, pour cette dyade meurtrie, de s'inscrire tant sur le plan comportemental que sur le plan relationnel, dans le futur de la compétence de l'enfant, suscitant et organisant ainsi son émergence.

c) L'attachement

Alors que tout s'écroule autour de lui, que son corps et son esprit vacillent, le recours à une figure d'attachement fiable et sécurisante apparaît vital pour le bébé malade.

Or, on a vu que si la disponibilité physique de la mère est entravée par le contexte de l'hospitalisation, sa disponibilité psychique est elle aussi très aléatoire.

A la phase aiguë, le traumatisme de l'annonce bloque l'élaboration psychique de la mère qui ne peut alors être mise au service du bébé.

La confrontation avec ce bébé réel, si loin du bébé qu'elle avait imaginé, dont le pronostic vital est menacé, freine l'investissement maternel : déception, peur d'une sorte de contamination par la différence ou même la mort, crainte de s'attacher à un bébé qui peut mourir.

Au lieu de se sentir attirée, renarcissisée par un bébé qui lui ressemble, la mère se retrouve face à un bébé étrange, qu'elle ne comprend pas, en qui elle ne se reconnaît pas, et elle peut être tentée de fuir, de s'éloigner de cet étranger qu'elle a enfanté.

Tous les projets d'avenir qu'elle avait échafaudés pour lui, le « mandat transgénérationnel » (Lebovici, [126]) qu'il lui incombait de porter, s'écroulent et l'amour peut alors se teinter de haine.

Bien entendu, toutes ces hésitations, ces regrets, ces craintes se communiquent au bébé à travers les regards échangés, les gestes partagés, les paroles prononcées.

Le bébé ressent l'indisponibilité et l'indisposition de sa mère à son égard.

Comment alors avoir confiance ? Comment se construire une représentation de soi-même comme digne d'être aimé et des autres comme bienveillants et attentifs ? Le bébé malade apprend à ne compter que sur lui-même.

En ce qui concerne l'exploration, elle est souvent laissée de côté, la priorité étant donnée à la sécurité (confinant parfois à la surprotection) de ce bébé si fragile.

Les anticipations négatives concernant les compétences du bébé freinent les stimulations, et la figure d'attachement échoue dans son rôle de tremplin vers le monde extérieur.

D'autant que le bébé douloureux, inondé de stimulations diverses, a tendance à se retirer dans son monde intérieur, refusant toute interaction.

A l'inverse, certaines mères vont adopter une approche structurante, dirigiste voire intrusive, dans le but de compenser des difficultés réelles ou supposées du bébé.

La mère étant alors systématiquement l'initiatrice de l'interaction, le bébé risque de se vivre comme simple récepteur passif, n'ayant aucun contrôle sur son environnement. Il aura moins tendance à expérimenter des comportements actifs de recherche de sécurité et d'exploration.

La maladie grave du bébé l'expose au risque d'évolution vers un modèle d'attachement

- évitant : l'enfant ayant perdu toute confiance dans la disponibilité physique et psychique de sa figure d'attachement, il fera face seul au danger et limitera au maximum son exploration du monde extérieur, grand pourvoyeur de situation anxiogènes

- résistant : l'enfant amplifiera ses signaux de détresse afin d'obtenir le réconfort souhaité, mais la non fiabilité de sa base de sécurité freinera ses élans exploratoires.

II : LE CADRE

L'univers hospitalier impose brusquement au bébé un nouveau cadre de vie, avec ses rythmes propres, ses bouleversements et ses contraintes, matériels et humains.

1/ L'environnement temporel : les rythmes

a) Une élaboration fragile de la sécurité d'attachement

Marcelli décrit les macrorhythmes (temps de soins : repas, change, bain...), dont la régularité autorise prévision et anticipation dans une attente confiante, et les microrhythmes (interactions affectives et ludiques), dont la variabilité ménage « tromperies » et surprises dans une incertitude excitante. [138]

Tous deux sont également importants pour la construction d'un sentiment de sécurité.

Les macrorhythmes installent le bébé dans un climat de confiance concernant la fiabilité prévisible de son caregiver en compensant les multiples discontinuités temporelles qui jalonnent inévitablement la journée d'un bébé.

Les microrhythmes stimulent la soif de découverte du bébé par le plaisir qu'ils lui procurent.

A l'hôpital, le rythme effréné des soins médicaux et nourriciers se substitue au rythme naturel du bébé.

Mis en place de façon automatique, indépendamment des besoins que le bébé ne peut de toutes façons pas ressentir (puisqu'ils sont anticipés) ni parfois exprimer (voix et gestes entravés), ces soins ne comportent aucune valeur organisatrice.

Les microrhythmes sont quasiment inexistantes par manque de temps, crainte de fatiguer ce bébé fragile, indisponibilité psychique du bébé retiré en lui-même pour se protéger des hyperstimulations intrusives, indisponibilité psychique de la mère entièrement mobilisée autour de la précarité physique de son enfant. Or, c'est à travers ces interactions microrhythmiques que le bébé expérimente le plaisir d'être ensemble.

Ainsi, ce chamboulement rythmique dans la vie du nourrisson gêne l'installation d'une sécurité d'attachement basée sur la confiance en la disponibilité physique et psychique de la figure d'attachement : le bébé ne peut anticiper favorablement la venue de l'adulte en réponse à ses besoins, ni éprouver sa sensibilité à ses signaux et sa capacité à y répondre rapidement et adéquatement, ni la qualité de son accordage affectif.

Au lieu d'un environnement stable, fiable et sécurisant, il est confronté à un univers chaotique, incompréhensible et angoissant.

b) Une émergence chaotique des protopensées

S'interrogeant sur les moyens dont dispose un nourrisson pour s'engager dans un travail de « mise en représentation », Marcelli [138] fait l'hypothèse que ces deux contextes interactifs, différents et complémentaires, participent à cette émergence.

D'un côté, les contextes macrorhythmiques, dominés par la répétition, impliquent les partenaires interactifs dans leur globalité et assurent le développement des capacités de mémorisation.

De l'autre, les situations microrhythmiques, dominées par la rupture (les attentes trompées), impliquent les partenaires dans de courtes séquences et stimulent les facultés d'attention et de tolérance à la frustration.

Pour chaque dyade, se dégagent un style et un rythme interactifs qui la définissent. Ce rythme spécifique va conditionner la capacité du bébé à investir le temps d'attente et par conséquent, la capacité de penser.

A l'hôpital, l'imprévisibilité vécue par le bébé dans son quotidien et ses relations à autrui, la rareté des interactions ludiques, le mettent en difficultés.

Cependant, on peut supposer que la régularité qui existe dans la répétition des différents soins et examens quotidiens, bien qu'indépendante des besoins et des rythmes physiologiques du bébé, peut servir de socle à l'élaboration des premiers processus de pensée.

Ainsi, les macrorhythmes de l'univers médical, bien que profondément « anti-physiologiques », peuvent jouer le rôle de « portée » sur laquelle viendront s'inscrire petit à petit les notes qui composeront la mélodie psychique du bébé.

c) Une difficile construction d'invariants

Le contexte de l'hospitalisation va être source de multiples changements dans l'environnement du nourrisson : lieu inconnu parfois changeant (transferts fonction de l'état de santé du bébé), roulement du personnel, appareillages étranges et étrangers (imposés puis retirés sans logique apparente pour le bébé)...

Or, chez le nourrisson, la **fonction mnésique** est contextuelle.

Les protoreprésentations ne sont accessibles que si un élément de l'environnement (indice d'évocation), quel qu'il soit (sensoriel, moteur, perceptif...), rappelle au nourrisson un évènement antérieur semblable.

En grandissant, l'enfant va peu à peu construire des invariants et le contexte perdra de sa prégnance.

Chez le nourrisson hospitalisé, la fréquence et l'importance des changements de l'environnement (matériel et relationnel), font obstacle à la mise en jeu de la mémoire et à la construction d'invariants. L'enfant en est fragilisé, il reste très dépendant du contexte et s'y agrippe.

La perception de sa propre invariance, c'est-à-dire de la **permanence de soi**, si importante pour la constitution du sentiment continu d'exister, est également mise à mal. Si l'enfant n'a pas intériorisé d'image maternelle continuellement accessible, il ne pourra faire face aux situations d'absence physique prolongée de la mère.

La continuité de l'attention, de la préoccupation psychique de sa mère, même absente, à son égard peut l'aider à se sentir exister en continu, à travers le psychisme maternel.

La narration faite à l'enfant de ce qu'il vit, peut aussi contribuer à lui construire une histoire sans faille dans la symbolique.

2/ L'environnement matériel : les machines

Un nourrisson hospitalisé, particulièrement en réanimation néonatale, ressemble à un « bébé-machine ».

Branché de toutes parts (monitoring cardiaque, oxymétrie transcutanée, alimentation entérale ou parentérale, perfusions, aide ventilatoire...), il fait figure de réceptacle passif d'une vie insufflée artificiellement.

a) Un vécu d'impuissance

Soumis à cette machinerie barbare et aux soins désagréables nécessités par son corps malade, parfois entravé dans ses mouvements et ses cris (il peut être nécessaire de lui mettre des moufles pour éviter qu'il n'arrache sa sonde d'intubation dont la présence l'empêche d'entendre ses propres cris qui restent prisonniers de sa gorge), le nourrisson hospitalisé se trouve confronté à ce sentiment d'impuissance fondamentale propre aux premiers temps de la vie humaine, à cette période de désarroi que Freud qualifiait d'*Hilflosigkeit*.

Il n'acquière pas le sentiment d'être compétent qui constitue la base de la solidité narcissique.

Il risque de développer une représentation de lui-même comme inactif sur son environnement matériel et relationnel et adopter une attitude défensive d'hyperadaptation risquant d'entraver ses processus de maturation psychique.

On voit ainsi se profiler le spectre d'un pattern d'attachement évitant : un enfant convaincu de l'inutilité de ses demandes quant à la satisfaction de ses besoins, se vivant comme impuissant et indigne d'être aimé puisque l'environnement l'ignore ou l'agresse, qui finit par se retrancher dans un silence et une inertie qui risquent de diminuer encore les occasions d'échanges avec autrui.

b) La perception d'une unité corps-machine

Le schéma corporel du bébé, en cours d'élaboration, peut être affecté par la perception de ces excroissances mécaniques tentaculaires (fils, tubes, sondes) comme des prolongements de son corps propre.

Leur ablation, généralement source de joie pour l'entourage car synonyme d'amélioration, peut être vécue comme une véritable amputation traumatisante.

A l'inverse, s'il les considère comme extérieures à lui-même, il peut s'y attacher (élément protecteur, stable et fiable, à la présence permanente et sans faille, garant de sa vitalité) et ressentir une détresse intense, mêlée d'angoisse de mort et d'un sentiment d'abandon, à leur disparition.

L'expérience montre que les paroles adressées au bébé tout au long de son hospitalisation peuvent l'aider à se sevrer moins douloureusement de ces appendices artificiels.

3/ L'environnement sensoriel : des expériences stimulantes

Le nourrisson hospitalisé est submergé de stimulations aberrantes qui dépassent ses capacités intégratives et le menacent de « surmenage sensoriel ». [123]

Citons les hyperstimulations visuelles (lumière constante (bien que tamisée) qui ne respecte pas l'alternance jour/nuit, regards curieux ou inquiets qui se posent ou s'arrêtent sur ce corps qu'on expose dans toute sa nudité), sonores (malgré le filtrage des bruits il persiste un brouhaha permanent des voies humaines, les sonneries stridentes des alarmes ou du téléphone, le ronron continu des machines), tactiles douloureuses (soins, prélèvements, examens médicaux qui, bien que limités au minimum indispensable, restent nombreux), et les hypostimulations motrices, oropharyngées, tactiles douces et relationnelles (peu d'échanges ludiques ou affectifs).

a) La couveuse : obstacle à l'apprentissage de l'intermodalité

Les relations que le nourrisson entretient avec son environnement, avant qu'il ne soit capable de manipuler des objets, s'expriment essentiellement par l'orientation de son attention.

Celle-ci est le reflet des premières activités cognitives de traitement de l'information disponible dans l'environnement (discrimination, catégorisation, mémorisation).

Les occasions qui se présentent pour exercer de telles activités ont une importance considérable sur le développement cognitif.

Le nourrisson met en lien des sensations qu'il perçoit par différents canaux sensoriels (par exemple : la voix et le visage de sa mère quand il la regarde lui parler).

Ainsi, l'accès à des « flux sensoriels » cohérents (Bullinger) est une condition indispensable pour un développement harmonieux. [29]

Or le bébé isolé dans sa couveuse entend des bruits déformés par la distance, la cacophonie ambiante et le bruit de fond de son appareillage. Il ne peut ni les discriminer ni les relier à une image car la vitre de la couveuse éloigne et déforme sa vision encore imparfaite.

La cohérence du flux auditif et sa covariation avec le flux visuel sont rompues.

L'orientation du regard vers une source sonore, normalement observable chez le nouveau-né lorsqu'il est placé dans l'obscurité ou dans une ambiance lumineuse adaptée [98], ne peut se réaliser. En effet, la désorganisation du flux auditif ne permet pas d'orienter le regard vers la zone où pourrait se manifester un événement relevant du flux visuel.

Le bébé souffre d'un défaut d'expériences intermodales cohérentes.

Ses sensations, floues et dissociées, peinent à captiver son attention qui reste flottante.

b) Le gavage : péril pour l'oralité

La sonde de gavage procure, dans les mêmes zones corporelles, des expériences hypo et hyperstimulantes.

Rareté des stimulations structurantes :

-rythmiques : absence d'alternance des sensations de faim et de satiété

absence de découpage de la journée par ces moments particuliers du nourrissage

-sensorielles : absence des sensations olfactive, gustative et thermique liées au lait

absence des stimulations oropharyngées de la succion et de la déglutition

absence des sensations tactiles et proprioceptives liées au portage

-relationnelles : absence des échanges émotionnels, médiatisés par le contact corporel, le regard et la voix, qui accompagnent habituellement le nourrissage

absence de mise en jeu d'une stratégie d'attachement caractérisée par un besoin : la faim (signal interne), qui déclenche des comportements visant à augmenter la proximité avec la figure d'attachement (les pleurs) qui décode les signaux du bébé et y répond adéquatement (satisfaction du besoin et apaisement de la détresse).

Signalons les efforts importants réalisés dans ce domaine avec l'introduction des tétines sucrées, qui stimulent le réflexe de succion [31], et des matelas à eau, qui participent de l'éveil proprioceptif du nourrisson [115].

Excès des stimulations désagréables :

-réflexe nauséux et douleur « viscérale » lors du passage de la sonde (changée régulièrement)

-irritation cutanéomuqueuse nasopharyngée par la présence permanente de la sonde

-brûlures oesophagiennes du reflux gastro-oesophagien secondaire à la béance du cardia provoquée par la présence de la sonde

-tiraillement cutané lors de l'arrachage du pansement à ailettes qui maintient la sonde en place au niveau du nez

Si cette expérience sensorielle paradoxale se prolonge, l'enfant rencontrera des difficultés pour investir secondairement cette zone capitale de l'oralité.

4/ L'environnement tactile : la défaillance de la peau

a) Une séparation dedans/dehors : fonction limitante et contenante

Physiquement la peau marque la frontière entre l'intérieur et l'extérieur de notre corps : c'est sa fonction limitante.

De plus, elle maintient ensemble les différents éléments de notre organisme : c'est sa fonction contenante.

Anzieu, avec son concept de « moi-peau », montre que cette double fonctionnalité se retrouve sur le plan psychique : peau limite entre soi et l'autre, contenant des affects et processus psychiques. [5]

A travers les soins et les échanges ludiques avec son entourage, par ce corps qui s'éveille sous les doigts de l'autre, le bébé acquiert une sensation de sécurité intérieure basée sur la confiance en une peau efficacement limitante et contenante.

Si l'environnement se révèle défaillant ou chaotique, les enveloppes psychiques du bébé peinent à se mettre en place. L'enfant ne se sent pas rassemblé physiquement et psychiquement, dans son unité et sa cohésion. Les limites restent floues.

A l'hôpital, les fils et tuyaux étirent et dissolvent les limites corporelles qui s'évanouissent dans l'environnement, confondues, perdues. Les effractions cutanées multiples attaquent la continuité rassurante de l'enveloppe charnelle. Le bébé se trouve donc particulièrement vulnérable face à la résurgence d'angoisses archaïques de morcellement et de liquéfaction engendrée par la maladie.

Minuscule au milieu de sa « boîte de verre », le bébé cherche désespérément à en toucher les parois, comme pour retrouver un sentiment d'équilibre face à ses angoisses de chute, de continuité face à l'angoisse de dissolution.

Selon Montagu, le bébé après sa naissance, recherche le soutien, la contenance, qu'il ressentait dans l'utérus, au travers des contacts avec le corps de sa mère. [152] C'est grâce à ce portage sécurisant, permanent et constant, que l'enfant, confiant, pourra conquérir son autonomie et découvrir le monde extérieur.

Or, le portage physique d'un bébé fragile, douloureux, encombré de multiples fils, s'avère difficile et angoissant.

Le portage psychique d'un bébé étrange et étranger, à l'avenir incertain et au présent inquiétant, représente une tâche délicate et éprouvante. Or on sait que l'attention, la voix, le regard de la mère peuvent servir de point d'ancrage pour le bébé sur lesquels il va pouvoir venir s'étayer, se rassurer, s'appuyer, se retenir, se contenir.

Le holding maternel, qui pourrait venir suppléer cette peau « charnelle et psychique » défaillante, est ainsi mis en échec par la maladie et l'univers hospitalier.

« La construction du Moi-Peau se trouve handicapée par l'instauration durable d'une enveloppe psychique, à la fois enveloppe d'excitation et enveloppe de souffrance (au lieu d'un Moi-Peau à la fois pare-excitation et enveloppe de bien-être) » (Anzieu). [5]

b) Une interface avec l'extérieur : fonction de communication et d'apprentissage

La peau joue un rôle de médiateur entre le bébé et son environnement.

La réciprocité du toucher lui confère une place particulière dans la relation à autrui.

En effet, comme le précise Prayez [169], on ne peut toucher sans être touché soi-même. Par l'expérimentation des contacts avec sa mère, le bébé découvre la proximité, la distance et l'éloignement. « A travers la preuve tangible du corps de sa mère, il va prendre conscience de son propre corps et de celui de sa mère ; ce sera son premier rapport aux choses extérieures. »

La peau constitue un important lieu d'échanges (et donc d'apprentissage) avec la mère.

A travers les soins, les jeux, les caresses, le bébé expérimente les sensations de douceur, chaleur..., les émotions de plaisir, surprise...

Le toucher constitue bien sûr un mode d'accès privilégié au monde extérieur que le bébé est avide d'explorer.

Il va permettre à l'enfant de situer les objets, de les distinguer comme différents et séparés de lui ; de même que le fait d'être touché, de sentir des stimulations cutanées va lui permettre de ressentir les différentes parties de son corps qu'il percevra alors dans sa globalité.

Il élabore ainsi le schéma corporel de ce corps qui s'éveille à la sexualité infantile.

Moyen de communication et d'information, lieu d'excitation et d'apaisement, la peau remplit donc une fonction structurante pour le psychisme du bébé.

Mais la peau du bébé malade devient un lieu de souffrance et d'incompréhension.

En effet, avant d'avoir pleinement connaissance de son intégrité somatique, il est déjà pourvu d'une sensibilité à la douleur, réalité psychique immédiate de la fragilité de son corps. Les soins médicaux, voire le simple effleurement de ce corps meurtri, sont source de douleur et le bébé finit par associer toucher et souffrance, anticipant la douleur dès qu'une main s'approche de lui.

Or, à cause de cette vulnérabilité et de cette étrangeté physiques, sa mère le touche avec appréhension, hésitation et précaution. Il n'expérimente pas cette exploration joyeuse de son corps qui l'aide normalement à se découvrir, se construire et s'organiser physiquement et psychiquement.

Les jeux tactiles et moteurs (exemple : les chatouilles) qui donnent un caractère ludique aux contacts « intrusifs » de l'adulte avec son corps, et qui pourraient ainsi faciliter le passage de la douleur à l'ambiguïté du plaisir partagé, sont quasi inexistantes dans ce milieu hospitalier morbide et mortifère.

Pour se protéger, il risque de se refuser progressivement à tout échange sensori-émotionnel avec l'environnement, se repliant sur lui-même et entravant ainsi sa découverte du monde extérieur et ses processus de maturation psychique.

De plus, lors de cette phase de construction psychique, le bébé fonctionne par binômes : plaisir/déplaisir, moi/non-moi. La douleur engendrée par le toucher de certaines parties de son corps, contraint le moi et la psyché à rejeter ces expériences déplaisantes en « s'automutilant de la représentation des zones qui y sont liées » (Sophie de Mijolla-Mellor, in [49] p.206).

5/ L'environnement sensitif : les éprouvés corporels

a) Des éprouvés corporels en hypostimulation : l'immobilisme

L'école de Loczy a souligné l'importance de l'activité motrice autonome du bébé dans son travail de maturation psychique. [197]

Lors de l'apprentissage des premiers grands mouvements, il met en place les fonctions psychiques d'anticipation et de prévisibilité, et les premiers liens de causalité, précurseurs de la pensée logique. Il se forge une « première pensée sur le temps » (Marcelli). [137]

Par la motricité libre, il fait connaissance avec son corps, sa structure, ses possibilités, ses limites, et construit son schéma corporel.

Cette activité libérée participe aussi à l'élaboration de son self puisque c'est sur l'expérience de l'organisation du corps que porte « le sens d'un soi noyau » : activité propre de soi, cohérence de soi, affectivité de soi et permanence de soi (Stern). [193]

Par ailleurs, la motricité volontaire constitue un excellent moyen de communication. Elle permet à l'enfant d'exprimer ses désirs (tendre les bras pour être pris), ses refus (détourner la tête) et de mesurer ainsi la sensibilité maternelle, médiateur du sentiment de sécurité.

Le bébé hospitalisé, allongé sur le dos dans une couveuse dont il ne perçoit pas les limites, rarement porté ou manipulé, a du mal à expérimenter cette motricité libre et tous les processus psychiques qu'elle favorise.

b) Des éprouvés corporels en hyperstimulation : la douleur

Physiologiquement, les voies de transmission de la nociception se mettent en place très tôt au cours de la vie intra-utérine et les neuromédiateurs sont repérables dès le cinquième mois de grossesse. On estime que les premières structures anatomiques et biochimiques nécessaires à la perception de la douleur sont en place dès la 22ème semaine de gestation. L'observation clinique (orientation à la douleur et efficacité des antalgiques) plaide en faveur de la spécificité de la sensation douloureuse chez le bébé même très jeune.

Les systèmes de modulation exerçant une inhibition permanente de la nociception ne sont opérationnels qu'après l'accouchement, ce qui explique sans doute l'hyperalgésie et l'hyperpathie constatées chez le jeune nourrisson.

Des processus de mémorisation de la douleur sont observables même chez le nouveau-né prématuré (pleurs par anticipation de la douleur lors d'un deuxième prélèvement au talon). Les travaux récents sur la plasticité neuronale montrent que la survenue d'une douleur en période périnatale est susceptible de provoquer un bourgeonnement définitif des récepteurs nociceptifs périphériques, véritable mémoire biologique de la première douleur sur un système nerveux immature.

Cliniquement, en l'absence de possibilité d'accéder directement au vécu de la douleur chez le tout petit, la reconnaissance et l'évaluation de celle-ci se font par l'intermédiaire de l'observation des modifications physiologiques et comportementales qu'elle provoque.

On observe ainsi des signes physiques de stress (tachycardie, polypnée, hypoxie, hypertension artérielle) et des expressions comportementales de douleur intense (cris inconsolables, crispation du visage, trémulations, hypertonie axiale...). Lorsque la douleur se prolonge, l'agitation fait place à un état d'atonie : le nourrisson paraît absent, aréactif, comme résigné, immobile, apathique, plus rien ne parvient à capter son attention. Ses capacités à endurer la souffrance ont été dépassées.

Ce tableau pseudo-dépressif peut, au maximum, évoluer vers une altération de la conscience.

Ainsi, c'est essentiellement à travers ses mécanismes de défense (projection extérieure, avec les comportements d'hostilité, et retrait, avec les baisses de vigilance) que l'observateur accède à la douleur du bébé.

Signalons également le phénomène d'habituation à la douleur (Johnston) qui permet au bébé de se protéger partiellement des stimulations nociceptives répétitives. [108]

En ce qui concerne **les conséquences psychiques** de cette souffrance, le message douloureux fait effraction dans la vie psychique du bébé où il est reçu comme un corps étranger du fait de son a-représentabilité.

Privé des ressources cognitives et motrices nécessaires, le nourrisson se trouve rapidement confronté à l'envahissement de sa vie psychique par la douleur, ce qui entraîne un désinvestissement du monde extérieur, de la zone douloureuse et enfin du soi.

L'immaturation de son schéma corporel facilite sans doute une globalisation de la douleur qui, à son tour, risque de porter atteinte à la construction de ce schéma.

Sur le plan relationnel, le retrait défensif du bébé peut être vécu comme une hostilité culpabilisante par sa mère, ce qui le menace d'être désinvesti par son entourage.

Ses réactions aux stimulations sont brèves et peu intenses, il est difficile d'entretenir avec lui une interaction riche et durable. Dans les bras de sa mère, il se raidit (absence de « dialogue tonique », Ajuriaguerra) ou se tourne activement vers l'extérieur pour manifester son désir d'être reposé.

Celle-ci se sent alors incompétente face à ce bébé dont elle ne parvient pas à décoder les signaux, dont elle échoue à métaboliser les projections pour elle incompréhensibles, rejetée par cet enfant avec qui elle ne parvient pas à entrer en relation, qu'elle échoue à apaiser.

La douleur du bébé met en échec le holding physique et psychique maternel.

Le bébé, confronté à une mère défaillante, ne peut intérioriser de sentiment de confiance concernant sa sensibilité à ses signaux et sa faculté d'y répondre adéquatement, sa capacité à le protéger. L'établissement d'une sécurité d'attachement est donc compromis.

Le bébé douloureux peut se forger une image de lui-même comme indigne d'être aimé et choyé puisque les relations à autrui qu'il expérimente sont teintées de souffrance et d'incompréhension.

L'excès de douleur laisse donc certainement chez le bébé de véritables cicatrices psychiques, ne serait-ce que par son impact sur la naissance de son psychisme et de son lien d'attachement à sa mère.

6) L'environnement relationnel : les interactions avec la mère

a) La sécurité d'attachement

L'absence réelle de la mère, la discontinuité de sa présence, empêchent le bébé de se forger un sentiment de sécurité basé sur la confiance dans la disponibilité de sa figure d'attachement (d'autant que c'est souvent la nuit, alors que son anxiété est à son comble, activant au maximum son système d'attachement, que la mère fait défaut du fait des impératifs de service).

On a vu combien la **proximité physique** est initialement indispensable pour développer un lien d'attachement sécurisé, combien le bébé a besoin d'expérimenter la fiabilité (sensibilité à ses signaux et capacité d'y répondre correctement) de sa figure d'attachement pour que celle-ci devienne sa base de sécurité (refuge et tremplin d'exploration), combien des expériences répétées d'interaction harmonieuse sont nécessaires pour l'élaboration d'un modèle positif de soi (compétent et digne d'être aimé) et des autres (sensibles et attentifs à ses besoins, aimants et dignes de confiance).

Au-delà de la proximité physique, la **proximité psychique** avec la figure d'attachement est également capitale.

Celle-ci se mesure dans la qualité des ajustements maternels tant au niveau des interactions comportementales qu'au niveau des interactions affectives.

Cet échange émotionnel, cette « harmonisation des affects » (Stern) [193] donne au bébé le sentiment profond d'être compris, ce qui nourrit sa confiance en lui-même, en sa figure d'attachement et en ses relations à autrui.

Or, les occasions d'interaction ludique et agréable sont rares, éparpillées entre les multiples situations de soin teintées d'inconfort voire de douleur.

On perçoit aisément combien ce bébé malade hospitalisé sera en difficulté dans la construction des représentations de soi en interaction avec l'autre, car quel modèle intérioriser et comment réagir face à ce dilemme insoluble : le besoin vital d'une proximité qui est source de souffrance ? Souvent cette situation insupportable conduit l'enfant à s'enfermer dans des cercles vicieux néfastes : il se réfugie dans une attitude de retrait qui renforce son isolement et décourage les efforts de son entourage pour communiquer avec lui.

De plus, la multiplicité des intervenants rend son environnement humain, à l'image de son environnement physique, labile et imprévisible.

Quelle représentation d'« être avec » (Stern) [193] peut-il se forger et comment repérer un style interactif quand les caregivers se succèdent, tous différents et pourtant tous semblables dans leur rôle auprès de lui ?

Pour pallier à cette homogénéisation mouvante des intervenants auprès du bébé et éviter la confusion source de plaisir-source de douleur, certains services ont proposé un système de référence : une infirmière est désignée pour s'occuper préférentiellement du bébé en ce qui concerne les soins désagréables et une autre veille particulièrement à l'équilibre psychique de son petit patient (stimulations et interactions affectives).

Bien entendu, la situation sera très différente selon le moment, la durée et les conditions de l'hospitalisation. Un enfant qui a déjà intériorisé une image satisfaisante de sa figure d'attachement, une représentation gratifiante des relations interpersonnelles, souffrira moins de ces bouleversements. Il pourra se représenter sa figure d'attachement lorsqu'elle est perceptivement absente, maintenant ainsi une continuité symbolique du lien et de son sentiment d'exister. Cependant, plus le bébé est jeune, plus l'intégralité du contexte est nécessaire à l'évocation d'un souvenir précis.

b) Le holding physique et psychique

En 1952, Winnicott écrivait : « les angoisses les plus profondes sont liées au sentiment d'être mal porté » [212]. Par « porté » il entendait le portage physique et psychique. Ces deux types de holding occupent une place centrale dans les processus de personnalisation et de mentalisation du bébé.

En ce qui concerne le **holding physique**, on a vu combien il peut être difficile pour une mère de porter ce bébé malade : les occasions de contact corporel sont rares (présence de la mère réglémentée, nécessité de ménager du repos à ce bébé hyperstimulé médicalement) et compliquées (la douleur crispe le corps du bébé qui ne s'ajuste pas voire manifeste son désir d'être reposé, les fils et tuyaux gênent les gestes de la mère).

Ainsi, ce bébé dont l'unité corporelle est tellement mise à mal par la maladie et l'appareillage qu'elle impose, qui aurait tant besoin d'être contenu efficacement pour se sentir rassemblé, se trouve confronté à une mère défaillante, à la présence trop discrète et aux gestes hésitants et maladroits.

Sur le plan du **holding psychique**, le bébé hospitalisé qui n'a pas encore intériorisé la présence contenante de sa mère, a besoin, pour se forger un « sentiment continu d'exister » (Winnicott) [212] d'éprouver la permanence du lien psychique qui le relie à sa mère, réparation symbolique de la discontinuité inévitable de la relation physique.

D'autre part, le nourrisson, même « sain », ne possède pas encore la capacité psychique d'intégrer les sensations et les angoisses qu'il ressent. Il les projette vers l'extérieur et c'est sa mère qui les reçoit, les contient, les métabolise, les transforme et les lui renvoie sous forme « détoxifiée ». Si elle échoue dans cette fonction de contenant psychique, les projections brutes reviennent massivement vers le bébé, l'envahissent et le débordent.

Le nourrisson hospitalisé se trouve confronté non seulement à la résurgence d'angoisses de type archaïque (liquéfaction, chute, morcellement), mais aussi à un sentiment global d'étrangeté face à cet environnement et ces sensations corporelles nouveaux et inquiétants. Toutes les expériences vécues par le bébé sont ressenties comme « énigmatiques » et ne peuvent être assimilées par son psychisme immature.

Par son travail de « digestion psychique », la mère propose une interprétation, donne un sens au vécu de son enfant, et participe ainsi à la naissance de son propre appareil à penser. En effet, initialement, le bébé ne peut penser tout seul et pense d'abord avec l'appareil à penser de l'autre. Et c'est grâce à cet « appareil à penser les pensées » (Bion)

que l'autre lui prête que le bébé pensé, apprend à penser, se penser, puis se penser penser et accède ainsi à la subjectivation et au sentiment continu d'exister. [15]

Le holding psychique maternel est donc particulièrement important pour le bébé malade hospitalisé. Malheureusement, la maladie et l'univers hospitalier, avec leur cortège d'étrangeté et de traumatique, paralysent souvent cette faculté psychique maternelle.

Un ajustement rythmique entre mère et bébé, qui prend appui sur la solidité narcissique de base de la mère, permet de faire face à ce monde de dureté imposé précocement à l'enfant. La mère doit jouer son rôle de « pare-excitation alors qu'elle est en même temps source d'excitation ». L'évolution de ce bébé dépend ainsi grandement de la capacité de liaison de la mère, alors qu'elle émerge à peine d'un traumatisme psychique considérable !

Prenons **l'exemple du nourrissage** qui constitue une situation privilégiée de holding à la fois physique et psychique.

Par le lien qu'il expérimente entre les différentes modalités sensorielles (l'enveloppement par les bras, le regard et les paroles de la mère, le goût, l'odeur et la chaleur du lait, accompagnés du sentiment de plénitude et de bien être de la satiété), le bébé vit une expérience de rassemblement qui lui procure une première organisation corporelle et la sensation d'exister.

Si cette situation agréable se répète de façon régulière et prévisible, le bébé pourra intérioriser une image positive de ses relations à autrui et acquérir un sentiment de confiance.

Or chez le bébé malade hospitalisé, l'allaitement est souvent compliqué (par exemple : le bébé cardiaque s'essouffle et tète difficilement, l'oesophagite rend toute alimentation orale douloureuse) ou remplacé par le gavage.

L'hospitalisation et la maladie du bébé entravent la capacité maternelle de contenir physiquement et psychologiquement son enfant.

III : LA PREMATURETE

Nous avons souhaité ajouter quelques mots concernant la situation si particulière de la prématurité qui confronte un bébé encore pourvu de caractéristiques fœtales à l'agressivité de l'univers médical décrit précédemment, et sa mère au choc d'une grossesse écourtée et d'une séparation immédiate et prolongée d'avec ce bébé « en sursis ».

1/ *Le bébé prématuré*

Si extérieurement il ressemble à un bébé à terme « en miniature », son développement viscéral et neurologique est loin d'être terminé et prêt à affronter la vie extra-utérine. Il va devoir se poursuivre au même rythme mais en étant soumis à des stimulations aberrantes.

Son **immaturité pulmonaire et digestive** lui impose cet appareillage complexe (respirateur, sonde de gavage, examens cliniques et paracliniques multiples) et non structurant décrit plus haut.

Son **équipement neuromoteur** ne lui permet que des réactions rigides et **limitées**.

Il ne présente pas la mobilité spontanée à caractère rythmé et périodique de l'enfant à terme. Ses états de vigilance ne sont pas bien différenciés (état de somnolence continue interrompu par des mouvements brusques, en éclair, plus ou moins archaïques, à type de décharge). Son hypotonie axiale et nucale est majeure. Ses conduites précoces d'orientation vers l'humain ou les objets sont moins fréquentes. Sa familiarisation aux événements perceptifs répétés est amoindrie. Sa régulation émotionnelle imparfaite (irritabilité supérieure et moindre consolabilité).

Par contre, il possède une très **grande sensibilité aux stimuli** sensoriels en particulier nociceptifs et ses compétences cognitives lui permettent de mémoriser et d'anticiper les expériences auxquelles il est soumis.

Mac Grath [132] a observé des variations de tonus, des changements de posture et de mimiques à un simple bruit de pas s'approchant de la couveuse. D'autres recherches ont montré que des prématurés nés à 28 semaines étaient capables dès leur 17^{ème} jour de vie, d'attention à la voix humaine mais avec des réactions adversives à la combinaison simultanée de la voix et du toucher, comme un indice leur annonçant une expérience douloureuse. [66]

Il est également déjà capable de se protéger par le phénomène d'habituation à la douleur. [30]

Il peut déjà communiquer par sa capacité très précoce d'**imitation**.

Un large consensus accorde à l'imitation néonatale un rôle développemental primordial dans la communication primaire. En effet, non seulement cette première forme d'imitation traduit les capacités du bébé à dire : « tu m'intéresses » [156] mais aussi : « Tu es une personne comme moi, et je te reconnais comme un autre » (Meltzoff) [148]. Field a montré, en utilisant le paradigme d'habituation, que des bébés prématurés sans complication médicale, pouvaient discriminer et imiter trois expressions faciales distinctes (la joie, la tristesse et la surprise) à 46 heures de vie. [70]

Enfin, les bébés prématurés de 28-33 semaines de gestation et observés à 30 jours de vie, discriminent de façon significative les caresses provenant d'un adulte des autostimulations tactiles. [198] Les auteurs suggèrent que ces comportements pourraient être un indice des capacités de **discrimination soi-autre** très précoce. Elles proposent que, « dans des situations sociales interactives facilitantes, les bébés exploitent ces expériences pour construire activement un monde cohérent où ils se perçoivent et perçoivent autrui comme des entités stables dans le temps et l'espace ».

Les bébés prématurés doivent donc désormais être considérés comme des partenaires actifs, attentifs à autrui et animés par des affects de peur, d'angoisse, de surprise ou de plaisir, mais dont le seuil de réceptivité et les dispositions pour organiser leurs expériences sociales, réguler et communiquer leurs émotions, restent amoindris par rapport à ceux d'un enfant né à terme.

De nombreuses améliorations ont été apportées aux conditions de vie de ces bébés prématurés : tamisage des lumières, filtrage des bruits, introduction de matelas à eau, mini tétines sucrées, tissu imprégné de l'odeur de la mère, enregistrement des bruits du coeur maternel et/ou de sa voix, séances régulières de « peau à peau » avec la mère (et le père)...autant d'initiatives qui, prescrites sous des formes individualisées au sein d'un travail d'équipe, contribuent à améliorer l'état cardiorespiratoire, la qualité du sommeil et des liens d'attachement du nourrisson.

Les stimulations proprioceptives vestibulaires procurées par les mouvements du matelas à eau améliorent non seulement l'état clinique du bébé (surtout respiratoire) mais permettent aussi une meilleure intégration des fonctions sensorimotrices facilitant ainsi le développement de l'enfant. [115] D'autre part ces stimulations se rapprochant de celles que le fœtus peut percevoir pendant sa vie intra-utérine, leur effet apaisant est incontestable.

Les stimulations gustatives facilitent l'introjection, stimulent la succion non nutritive et accélèrent le passage de la sonde à la tétée physiologique qui est une opération bien plus

fatigante et complexe pour un nouveau-né prématuré (la coordination entre succion, respiration et déglutition n'est complète que vers trente-sept semaines d'âge gestationnel. [31]

2/ Les représentations maternelles

Au-delà des émotions verbalisées par les mères, le thérapeute peut tenter d'approcher le vécu parental à travers l'analyse de son propre ressenti au cours de séances d'observation auprès du bébé prématuré. Ainsi, Druon, formée à **l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick** et travaillant dans un service de réanimation néonatale, exprime combien « devant un tel désarroi, une telle souffrance, on se sent inutile » (Druon, 2005, p.85). Elle relie l'état de sidération des parents aux images archaïques que suscitent en elle la vue de ces bébés extrêmement prématurés à qui il manque cette « possibilité de contact, ce sentiment de présence ». [64]

Ainsi, une naissance prématurée, véritable ouragan dans la vie des parents, est toujours vécue comme une « catastrophe », « un cauchemar », et s'accompagne souvent d'un sentiment d'irréalité et de perte des limites corporelles.

Elle fait surgir brutalement l'inattendu, l'impensé, l'impensable et voler en éclats toutes les attentes, anticipations et fantasmes élaborés autour du futur bébé.

Elle survient souvent à six ou sept mois de gestation, alors que le bébé à l'intérieur de la mère commence à peine à prendre réalité pour celle-ci, surtout si elle est primipare.

Il y a donc prématurité physique pour le bébé et psychique pour sa mère concernant les élaborations fantasmatiques qui accompagnent l'investissement de l'enfant à naître et le devenir mère (identité filio-parentale, maternalité).

La naissance prématurée interrompt à la fois brutalement son statut de femme enceinte et la prive de toute la série de fantasmes et rêveries qui accompagnait le cheminement de cet enfant qui « prenait corps en elle » : **la réalité chasse le fantasme**. En effet, les représentations concernant le bébé se modifient tout au long de la grossesse et laissent

place dans les deux derniers mois à l'enfant de la réalité, favorisant la rencontre avec le bébé réel au moment de la naissance.

Autour de ces naissances prématurées, les mères décrivent des « pannes » de représentation, une perte progressive ou brutale de toute rêverie à propos de la grossesse ou du bébé à venir.

La prématurité ampute la grossesse de cette période de plénitude, de joie et de puissance si riche en élaboration de toutes sortes, laissant à la mère un sentiment pénible d'insatisfaction, d'incomplétude et de vide représentationnel.

Pratiquée dans l'urgence, souvent par césarienne, cette naissance échappe au contrôle de la mère et l'empêche de prendre conscience dans son corps de l'arrivée du bébé. Carel qualifie de « **maternité blanche** » ces accouchements vécus comme une simple intervention chirurgicale. Souvent, un sentiment de déréel demeure, sorte de confusion existentielle, laissant persister un flou autour de la date de naissance du bébé, les mères se référant tantôt à l'âge réel tantôt à l'âge corrigé de l'enfant.

Celui-ci est immédiatement emmené par l'équipe médicale, parfois sans que la mère ait pu le voir ou le toucher. Il manque à cette expérience douloureuse le caractère réparateur du premier investissement de l'enfant.

On peut comprendre qu'à la limite, ce bébé n'ait pas d'existence réelle tangible pour sa mère. Comment peut-elle reconnaître dans son incubateur ce bébé minuscule qu'on lui désigne comme le sien, ce bébé qui ne ressemble à personne, qu'elle n'a pas senti naître (et que parfois elle ressent encore bouger dans son ventre), qu'elle n'a pas identifié comme la chair de sa chair ? En effet, en ce moment de désorganisation psychique massive, voir le bébé ne constitue pas une expérience sensorielle assez intense pour prendre conscience de la réalité de son existence ; le premier contact physique avec l'enfant réel en chair et en os, représente alors une véritable épreuve de réalité, une deuxième naissance, à partir de laquelle la reconnaissance de l'enfant et son investissement vont pouvoir se faire. Cet enfant qu'on lui a rapté à la naissance, ne l'aurait-on pas échangé contre ce petit être informe mi-humain mi-machine ?

Ce bébé si petit, si fragile, ce bébé « pas fini », arrive en rupture avec l'enfant merveilleux du fantasme, ne correspondant en rien au bébé idéal de la mère, mère qui a échoué dans son rôle de mère idéale, en ne parvenant pas à mener à terme sa grossesse et en donnant naissance à un bébé seulement à demi-vivant.

Il risque de devenir le support des projections maternelles agressives et mortifères, nourries de fantasmes personnels et familiaux.

Sa vie, il la doit aux machines, et à l'équipe médicale, qui sait, elle, comment protéger cet enfant. La mère, **déchue de son rôle parental**, comme une confirmation de sa faute, s'identifie alors à son enfant à travers cette passivité, cette soumission inévitable. Elle se vit comme inconséquente et dangereuse, spectatrice inutile de ce bébé étrange et étranger.

Et ce n'est pas la « préoccupation maternelle primaire » qui l'envahit mais la « préoccupation médicale primaire » qui installe la dyade dans une relation précaire et ambivalente.

Face à tant de fragilité soumise à tant de violence, la culpabilité maternelle est massive, et la blessure narcissique profonde. D'autant que sur le plan familial et social, la naissance prématurée prive la mère des félicitations, visites et cadeaux qui accueillent normalement la mise au monde d'un enfant, acte très valorisé socialement. Elle rentre à la maison sans son bébé et son sentiment de solitude est alors immense.

La mère se voit déchue de son statut de femme et mère « satisfaisante ».

Et puis, il y a la mort qui plane, qui rôde, redoutée mais aussi souvent inconsciemment souhaitée comme point final à une attente insupportable, comme solution radicale à l'angoisse des séquelles neurologiques toujours possibles et rarement prévisibles.

La mise en route prématurée du processus de deuil chez la mère risque d'entraîner un désinvestissement voire un non-investissement de l'enfant qu'il sera difficile de reprendre si la vie triomphe finalement de ce **deuil anticipé**, la culpabilité maternelle étant alors encore plus massive.

L'investissement par la mère de ce bébé qu'elle découvre souvent avec retard, qui ne ressemble à rien de ce qu'elle avait imaginé, ce bébé castrateur et accusateur, qu'elle peut à peine toucher et dont on lui annonce la mort prochaine ou la vie mais au prix de lourdes séquelles, est donc bien difficile.

3/ Les interactions

La prématurité constitue un « bon modèle » pour étudier les dysharmonies interactives en révélant l'asynchronie et la non-contingence de l'interaction où mère et nourrisson se trouvent pris au piège de relations affectives dysharmonieuses.

En effet, **entrer en contact** avec un bébé prématuré n'est pas chose facile.

D'une part, il est physiquement très fatigué par sa précarité somatique et les soins qu'elle nécessite, et dort donc initialement beaucoup.

D'autre part, il est décrit comme étant moins ouvert à l'interaction qu'un bébé mature, présentant moins de périodes d'éveil calme et attentif, peu réactif aux stimuli visuels et auditifs (visages et voix humains), moins sensible aux stimulations sociales, produisant moins d'émissions vocales claires, plus excitable et facilement surstimulé.

Ainsi, la communication avec un bébé prématuré n'est possible que si son état somatique le permet, pendant un court instant, et nécessite souvent une certaine habitude et une grande patience. Au fil du temps et des observations attentives, à force de patience et de persévérance, un « lien de contenance » peut se nouer, « sorte d'enveloppe qui se déploie et englobe le regard du bébé dans l'attention contenante du regard de l'adulte ». (Druon, 2005, p.88) [64]

De plus, sa **capacité à signaler** sa détresse est moindre donc il sollicite moins son entourage. Il est plus difficilement consolable, moins facile à porter (pas de dialogue tonique), évite le contact œil à œil, sourit moins et manifeste plus de désagrément pendant le nourrissage. [161]

Il est donc **moins gratifiant** qu'un bébé à terme et parentalise plus lentement et tardivement sa mère.

Celle-ci de son côté, est **blessée narcissiquement**, sidérée psychologiquement, effrayée par l'aspect de son enfant et sa vulnérabilité.

Son bébé lui est enlevé, preuve de son incompétence et de sa dangerosité. Ses contacts avec lui sont réglementés, surveillés, entravés par une machinerie barbare mais vitale.

Elle craint de lui transmettre sa peur de l'avenir, son sentiment d'impuissance, sa tristesse et sa déception.

Le sentiment de **culpabilité**, allié à l'angoisse que ressent la mère face à la fragilité de son bébé, crée une certaine distance entre elle et lui.

Percevoir, interpréter et **répondre aux signaux** de l'enfant c'est le reconnaître comme partenaire actif de l'interaction et favoriser l'émergence chez lui d'un attachement sécurisé. Mais les signes qu'émet le nouveau-né prématuré sont très rares, presque imperceptibles, déroutants. La sensibilité maternelle liée à la capacité de s'identifier au vécu du bébé (grâce à un mécanisme psychique de régression) est paralysée par la sidération psychique, les fantasmes morbides, la culpabilité. La réponse apportée à ces signaux souvent dictée par les exigences médicales.

Les **anticipations** que la mère émet à propos de son enfant sont capitales pour son développement.

Dès 1989, Le Blanc décrit, au cours d'une situation d'allaitement, des différences de comportement chez les mères d'enfant prématuré tant sur le plan comportemental (moins d'exploration-préhension du corps de l'enfant, mobilité sagittale interprétée comme une incapacité à créer une aire de décollement avec le bébé) que sur le plan verbal (encouragements et non questionnements), comme si elles ne pouvaient anticiper le bébé en tant que personne, individu désirant et autonome. [124]

En 1996, Harrison retrouve, chez les mères d'enfants prématurés, moins d'attente vis-à-vis de leur bébé car elles ont tendance à lui attribuer moins de compétences dans l'interaction et à anticiper de sa part des échecs plutôt que des réussites. Ces anticipations négatives entraînent une diminution des stimulations maternelles, risquant ainsi de se voir confirmées rétrospectivement. [101]

Charavel [42] observe que les mères d'enfant à terme explorent et stimulent beaucoup plus leur bébé que les mères d'enfant prématuré, tant sur le plan physique que psychique, créant un espace d'individuation pour le bébé. Elles anticipent ses possibilités communicationnelles par de multiples questionnements, lui attribuent des intentions, favorisant ainsi l'émergence d'une autonomie psychique chez leur enfant.

Lebovici parle d'« anticipations créatrices » pour désigner ce fonctionnement intersubjectif, soulignant par là le rôle du psychisme maternel dans la genèse des compétences interactives chez l'enfant.

La prématurité, synonyme d'immaturité et de fragilité, freine l'émergence de la compétence anticipatrice de la mère.

A l'inverse certaines mères veulent « rattraper le retard » et hyperstimulent leur bébé qui se voit contraint de se réfugier dans un retrait défensif évitant toute interaction vécue comme potentiellement intrusive.

Elles peuvent adopter des conduites structurantes à visée compensatrice, se comportent alors en « mères thérapeutes » (Winnicott). Mais cette attitude directive, où la mère est

initiatrice et l'enfant récepteur, nie et freine la participation active du bébé dans ce partenariat interactif.

Charavel [42] observe également que les mères d'enfant prématuré ne passent semble-t-il jamais par cette phase d'exploration intense, visuelle, tactile et verbale, que l'on peut observer à la naissance entre le bébé à terme et sa mère. Il se pourrait que cette étape corresponde et participe aux processus d'identification de l'enfant par sa mère, celle-ci développant alors une sensibilité aigüe (« préoccupation maternelle primaire ») aux besoins de son enfant, et des comportements favorisant le contact avec son nourrisson : émergence du « bonding » attachementiste.

Le bébé prématuré, si petit et si frêle, induit chez sa mère un comportement interactionnel timide, précautionneux, hésitant voire maladroit, installant la dyade dans une sorte de précarité relationnelle.

Ce contexte d'hospitalisation avec séparation mère-bébé immédiate et prolongée, l'immatunité et la fragilité du petit prématuré qui nécessitent un lourd appareillage et entravent ses possibilités interactives, les projections et fantasmes maternels négatifs qui gênent l'investissement de cet enfant longtemps suspendu entre la vie et la mort, concourent à créer un contexte interactionnel à risque favorisant un attachement insécure au sein de ces dyades, ce qui explique peut-être la fréquence des antécédents de prématurité chez les enfants victimes de maltraitance.

Si l'on admet aujourd'hui que les bébés prématurés sont capables de ressentir de la souffrance et de l'angoisse, de mémoriser certains aspects de leurs expériences somatiques et relationnelles, on est en droit, et en devoir, de s'interroger sur ce qui restera en eux de ces premières semaines de vie passées dans une unité de réanimation ... Heureusement, l'expérience montre que nombre d'entre eux évolueront normalement tant sur le plan cognitif qu'affectif (séquelles neurologiques mises à part).

IV : ILLUSTRATION CLINIQUE

Murielle a été hospitalisée durant de longs mois dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes pour la prise en charge d'une malformation cardiaque congénitale. Elle a bénéficié, ainsi que sa mère et l'équipe soignante, du soutien attentif du Pr Amar à travers des séances régulières d'observation du bébé au sein de l'unité.

Au travers de son histoire, nous allons essayer d'évoquer les risques graves qui pèsent sur l'enfant, d'une part du fait de la souffrance qui lui est infligée par la maladie et les soins qu'elle nécessite, d'autre part du fait de la désorganisation des systèmes relationnels qu'elle génère autour de lui.

Le développement des techniques médicales pédiatriques a permis que des enfants qui allaient autrefois vers une mort certaine dans la période immédiatement post-natale survivent et ce dans des conditions qui peuvent être très positives ou au contraire marquées par de graves défaillances psychiques réalisant des tableaux d'ordre psychotique voir autistique.

Le psychiatre travaillant en hôpital pédiatrique est fortement sollicité par ces enjeux dont les pédiatres et les chirurgiens conçoivent l'importance tout en gardant une ligne de pensée qui est la leur et qui a pour but d'accomplir des tâches spécifiques dans un domaine de plus en plus spécialisé.

La description de l'histoire de Murielle a pour but de mettre en perspective les points de vue respectifs de l'équipe pédiatrique et de ses correspondants, des parents, du pédopsychiatre et également de l'enfant tel que nous pouvons l'observer et penser ce que nous observons, afin de chercher à mettre en place autour de lui des conditions physiques qui favorisent la liaison psychique plutôt que le désordre de la déliaison.

1/ L'histoire pédiatrique de Murielle

Cette famille, composée de deux parents (appartenant à la classe moyenne) et d'une grande sœur, attend l'arrivée d'un deuxième enfant chez qui les **échographies anténatales** ont révélé une dextrocardie et un poumon droit de petite taille. Le Centre de diagnostic anténatal n'a pas encore été institué à Nantes. Le dialogue se limite à un échange entre l'échographiste, un pédiatre consultant et les parents. L'enfant se développe bien in-utero, mais présente très probablement une **malformation cardiaque** qui pourrait être un syndrome du cimenterre, ainsi dénommé parce que, du fait d'une hypoplasie de l'artère pulmonaire droite, le poumon droit est vascularisé essentiellement par des artères systémiques provenant de l'intérieur de la paroi thoracique. Le retour veineux pulmonaire droit vers la veine cave inférieure décrit un trajet incurvé évoquant la lame d'un cimenterre. La gravité de ce syndrome est variable, le pronostic étant grandement amélioré par la possibilité d'une intervention chirurgicale très précoce. On sait combien toute atteinte du cœur, cet organe vital par excellence, réveille chez les parents (et les patients) des angoisses de mort massives, relayées dans ce cas précis par le nom du syndrome évoqué : « cimenterre » qui se rapproche tant du mot « cimetière ».

Les échographies puis les données du cathétérisme cardiaque en période néonatale vont confirmer ce syndrome du cimenterre : on retrouve l'hypoplasie du poumon droit, par ailleurs extrêmement peu vascularisé, une dextroposition du cœur, une hypoplasie de l'artère pulmonaire droite qui n'est quasiment pas fonctionnelle, une irrigation systémique de la partie externe du lobe pulmonaire inférieur droit avec ce retour veineux droit vers la veine cave inférieure. Il s'y associe, dans le cas de Murielle, une communication inter-auriculaire et une hépatomégalie.

Dès sa naissance, Murielle présente une **détresse respiratoire et cardiaque** inquiétante, certainement vecteur d'angoisse et de culpabilité chez ses parents.

La situation est plus critique que dans d'autres cas comparables et une **chirurgie à J5** permet de pratiquer une ligature des collatérales aorto-pulmonaires au prix d'une paralysie diaphragmatique droite post-opératoire. L'importance de la décompensation cardiaque a fait discuter une éventuelle fistule artério-veineuse intra hépatique qui ne sera pas retrouvée aux artériographies.

A J20, une extubation accidentelle nécessite une ré-intubation au bout de deux heures. Intubée, ventilée, gavée, Murielle prend peu de poids. Elle est peu à peu sevrée de la ventilation assistée et **transférée en pédiatrie générale** avec le maintien d'un filet d'oxygène par voie nasale.

Le changement de service s'accompagne d'un changement de perception de l'univers médical par les parents et réciproquement. Présents à tour de rôle, quotidiennement et longuement, auprès de Murielle, les parents vivent le sevrage du respirateur artificiel avec inquiétude car la technicité, si elle impressionne, les rassure également. Ils accordent à priori leur confiance à l'équipe du service de pédiatrie mais ressentent la surveillance prodiguée à leur enfant comme moins assidue, moins proche, moins technique (appareillages moins nombreux, présence infirmière moins fournie). L'organisation plus classique du service de pédiatrie avec des lits, deux enfants par chambre, des visites parentales, des admissions et sorties régulières, ne les rassure pas et accentue leur désarroi face à la situation de leur fille qui, elle, ne guérit pas et n'est toujours pas déclarée sortante. Ils sont vécus par l'équipe soignante comme des parents exigeants, suspicieux puis progressivement agressifs, critiques, "paranoïaques".

2/Le cheminement pédiatrique de Murielle et ses parents

Observation à l'âge de deux mois :

Murielle est allongée les yeux ouverts, le visage peu expressif dans une situation d'éveil calme (propice à l'interaction). Monique, la puéricultrice la prend dans ses bras et la change puis la laisse un moment allongée sur le dos. Murielle a un regard attentif, mobile mais elle gazouille peu (le contexte d'hospitalisation avec intubation a probablement freiné l'investissement de la zone orale et limité les possibilités d'échange interactif à des contacts visuels). Monique lui met un pyjama très grand pour elle (deuxième peau mal limitante et mal contenant qui supplée difficilement aux défaillances de la surface cutanée cicatrisée). Je vois dans le dos la cicatrice terminée par un point. Murielle est bien dans les bras de Monique, mais elle la regarde peu. Monique prend le biberon chaud et fluide, elle le donne tandis que Danielle la surveillante parle beaucoup à Murielle : "Tu es un beau bébé, tu vois un nouveau monsieur, tu prends un

bon biberon, tu regardes mes lunettes, c'est vrai j'ai des lunettes qui plaisent aux bébés et encore si tu avais vu les lunettes que je portais quand j'étais surveillante en réanimation, elles étaient encore plus grandes et tous les bébés les regardaient." Murielle ébauche un sourire asymétrique (sourire social ou de contentement lié au plaisir physique de l'alimentation ?), elle prend son biberon lentement. Monique interrompt la tétée pour vérifier qu'il n'y a pas de grumeaux et Danielle s'inquiète de savoir si le biberon est assez fluide. Monique dit que Murielle aime les biberons chauds comme la plupart des "petits cœurs". Murielle s'anime un peu et tend la main d'un geste très délié vers le masque de Monique (fait-elle le lien entre les paroles entendues et cette bouche qu'elle ne voit pas mais qu'elle devine se mouvoir derrière le masque ?). Danielle lui parle encore, Murielle tend de nouveau la main vers le masque de Monique le touche, se replie, le retouche (elle semble intriguée par cette chose qui n'appartient pas à l'image du visage humain dont elle a l'habitude). Monique interrompt le nourrissage du bébé et la tient droite sur elle avec un appui de la tête. Murielle est calme avec une physionomie heureuse. Nous parlons des visites de la maman et de la manière dont celle-ci vient voir sa fille tous les après-midis. Tout à coup, la physionomie de Murielle s'obscurcit, elle a des mouvements de gêne respiratoire et, sans un cri, laisse ressurgir une certaine quantité de lait. Danielle dit des mots doux et tendres traduisant sa commisération mais également sa consternation. Le développement de la régurgitation s'accroît. Nous remarquons qu'elle est survenue au moment où nous parlions de la maman. (Cette idée critique vis à vis de la maman qui est venue à l'esprit des ces deux puéricultrices et du psychiatre apparaît plus comme de la non-pensée que comme une remarque clinique. Très émus par la survenue d'une régurgitation qui signe les graves difficultés alimentaires du bébé, les professionnels se réfugient sur une hypothèse de base au sens bionnien d'attaque-fuite.) Monique recouche Murielle qui est calme, en position déclive et qui regarde les adultes. Ni angoisse perceptible, ni sourire, les adultes échangent des considérations sur le nourrisson, la sonde, la douleur possible liée au passage de la sonde et l'absence de goût pour les tétines chez une enfant qui n'a pas connu le sein ni le biberon. Je décide de venir voir Murielle à jour et heure fixe, une fois par semaine pendant trois quarts d'heure. Lors de ces visites, je m'attacherai essentiellement à la regarder et à être au courant des événements médicaux qui surviennent pour elle. Je m'autoriserai également à parler d'elle en la regardant et en sa présence avec les adultes qui seront là.

Ressentant le besoin de se confier, la maman de Murielle demande à rencontrer le psychiatre du service. Elle fait part de sa colère contre la psychologue qui l'a reçue précédemment et qui lui aurait dit : "Êtes-vous sûre que votre enfant n'a pas de lésion cérébrale ?", faisant ainsi écho à ses propres angoisses. Plusieurs paroles agressives visant cette collègue sont prononcées puis retirées, madame X expliquant qu'au-delà des reproches, elle tient surtout à exprimer son désir que l'on prenne sa douleur en

considération. Elle évoque alors une dépression ancienne soignée par relaxation puis par antidépresseur (prescrit par le médecin de famille). Elle évoque sa tristesse devant sa fille et la manière dont elle a été amenée à demander à sa propre mère de la laisser s'occuper seule de son enfant : au cours d'une dispute, elles auraient évoqué ses propres antécédents d'anorexie psychogène, survenus à un âge équivalent à celui de Murielle aujourd'hui et ayant nécessité une hospitalisation. On perçoit un mouvement fort d'identification projective entre les difficultés alimentaires de la mère et de la fille.

Toujours des difficultés autour de l'alimentation

L'alimentation est le point faible des fonctions somatiques de Murielle. Outre les troubles respiratoires, existe-t-il des troubles de l'organisation de la mosaïque primitive et du péristaltisme digestif ? La survenue itérative de ces vomissements suscite des interrogations chez les pédiatres, mais un véritable effroi chez les parents (réactivant et pérennisant les angoisses de mort concernant l'enfant). Madame explique que son mari refuse que Murielle rentre à la maison tant qu'elle ne sera pas capable de s'alimenter correctement, mais elle, a peur de se faire juger par le personnel hospitalier (féminin !). On voit poindre le sentiment de culpabilité et d'incompétence : « être une mauvaise mère ».

L'existence d'une sténose du pylore passée inaperçue est évoquée. Pour les chirurgiens, l'organicité de cette malformation ne fait pas de doute mais le pédopsychiatre soulève l'hypothèse d'une sténose fonctionnelle. La fragilité des fonctions respiratoires, génératrice de régurgitations, est accentuée par une infection à rotavirus. Le spectre d'une nouvelle intervention chirurgicale (sur le pylore) est alors momentanément écarté.

Le nourrissage de Murielle demeure très problématique. Les biberons n'en représentent qu'une toute petite portion, une sonde oeso-gastrique apportant le nécessaire, sans pour autant permettre une croissance staturo-pondérale satisfaisante de l'enfant. La maman de Murielle fait part de son pessimisme, de sa peur de craquer nerveusement : " Je ne suis venue aujourd'hui que parce que je savais que vous étiez là. Sans cela je ne serais pas venue et c'est Murielle qui en aurait fait les frais".

Une tentative de sortie

Les pédiatres s'interrogent sur la possibilité d'un reflux gastro-oesophagien. Ils acceptent cependant de tenter une sortie en permission de Murielle dont l'état chronique, une fois l'infection virale passée, semble l'autoriser. La maman appréhende la manière dont se

passera cette permission mais pense que « Murielle en a assez de l'hôpital et voudrait rentrer chez elle » (possible projection du désir parental). Elle peut exprimer brièvement ses interrogations quant à la normalité de ses pensées meurtrières envers son enfant : désir de jeter l'enfant par la fenêtre quand elle crie (on a vu précédemment combien les cris des bébés malades étaient difficiles à supporter même pour une personne extérieure et, pour la mère de l'enfant, se surajoute une problématique d'ambivalence, d'agressivité culpabilisante face à ce bébé non satisfaisant et persécuteur).

Malheureusement, cette tentative de sortie est un échec. A peine allongée dans son couffin, dans l'ascenseur qui descend au rez de chaussée, Murielle présente un malaise avec pâleur extrême, qui sera analysé par les pédiatres comme la conséquence d'un reflux oeso-trachéal. Son père a juste le temps de la remonter au quatrième étage où l'enfant reprend un aspect et des constantes physiologiques normales.

Une nouvelle intervention chirurgicale

La question d'une gastrostomie, complétée par une intervention de Nissen qui empêchera tout reflux de l'estomac vers l'œsophage, est posée. Une infection virale digestive retarde l'intervention. Le pédopsychiatre se fait traducteur du langage médical auprès des parents qui ne parviennent pas à entendre les explications des pédiatres. Se remémorant avec douleur le parcours de leur enfant (l'annonce du syndrome du cimenterre après l'échographie fœtale, la naissance d'un beau bébé rose mais qui, quelques heures après l'accouchement, se met à cyanoser et chez qui les multiples examens confirment la présence d'une malformation cardiaque associée à une hépatomégalie, la succession des interventions chirurgicales...), ils ne peuvent écouter et comprendre les explications techniques des pédiatres.

L'opération sera difficile. Les suites opératoires sont marquées par un bronchospasme et la création d'un bouchon de mucus dans la sonde nasale. Il faut changer de sonde en cours de réanimation post-opératoire et aspirer intensément : la vie de Murielle est à nouveau en danger ! Cependant, Murielle pourra être extubée relativement rapidement, éloignant ainsi le risque de récurrence de bronchospasme.

Après un court passage en réanimation, Murielle réintègre le service de pédiatrie.

Fragment d'une observation pratiquée au 4^{ème} mois après le retour de Murielle en pédiatrie :

La maman vocalise le prénom de Murielle et anime son visage. L'expression de pitié demeure très importante mais quelque chose d'amoureux s'exprime dans son regard. Murielle continue de pleurer de manière prolongée. La maman dit "mets ta main dans ta bouche" (elle anticipe les compétences motrices et cognitives de son enfant ce qui participe de ses progrès), Murielle bouge la main gauche comme si elle la portait à sa bouche mais ne l'atteint pas. La maman prend la main droite (celle qui est de son côté) et essaye de dégager un doigt pour le mettre dans la bouche. Murielle ne s'oppose pas mais pleure (sa passivité évoque la soumission aux soins parfois douloureux qui lui sont imposés), désinvestit la bouche (cavité buccale déjà peu investie du fait de la présence prolongée des sondes), laisse la main retomber alors qu'elle n'est pas hypotonique (on ressent la démission de l'enfant qui renonce trop rapidement). La maman essaye d'intéresser Murielle à sa sucette en plastique puis de mettre son propre doigt dans la bouche de sa fille qui continue à pleurer en se calmant très légèrement (la mère s'adapte, s'ajuste en variant les stratégies pour tenter d'apaiser sa fille). La mère dit "tu pleures quand je suis là" (l'inconsolabilité du bébé réveille les sentiments d'incompétence, d'impuissance maternels).

Une autre tentative de sortie

De nouvelles complications somatiques surviennent : une thrombose de la veine iliaque gauche et un panaris, spontanément résolutifs l'un et l'autre.

La gastrostomie permet une alimentation entérale et le recours à l'hospitalisation à domicile permet d'envisager une nouvelle tentative de sortie dans le courant du 5^{ème} mois. Les parents se sont formés avec enthousiasme à l'utilisation des nutripompes et à l'hygiène du bouton de gastrostomie. Ainsi, à la préoccupation maternelle primaire succède la préoccupation médicale primaire, les parents devenant thérapeutes de leur enfant, revalorisés par cette nouvelle place qu'ils occupent auprès d'elle, par ces nouvelles compétences qui leur permettent de remplir désormais ce rôle protecteur jusqu'à présent assumé par l'environnement médical.

Murielle est allongée, les yeux ouverts, le regard dur, les bras en croix, les jambes semi pliées. La jambe gauche demeure moins mobile que la droite. Elle a reçu pourtant sur la jambe droite, sa première vaccination Tétracoq. En me voyant, Murielle s'agite un peu, fronce les sourcils, se tourne vers moi, puis émet un gémissement hargneux avec un regard agressif (peut-être que la vue de la blouse blanche l'amène à anticiper des soins douloureux, déclenchant l'expression de son mécontentement). Je vocalise quelques mots affectueux. Elle se calme à peine mais se calme tout à fait lorsque survient sa maman (réaction préférentielle à la

mère qui, gratifiante, contribue à la parentaliser), souriante, active et à l'aise qui s'affaire immédiatement auprès d'elle (la participation aux soins physiques de l'enfant a permis à la mère de trouver sa place dans le service et l'a renarcissisée, au prix d'un désengagement affectif ?). Les cris cessent, le regard reste dur et sans sourire mais un certain calme revient et je me rends compte qu'une expression de détresse ou de souffrance qui était présente, s'affaiblit peu à peu pour permettre le retour à un visage serein. Murielle ne regarde pas particulièrement sa mère. Son regard oscille entre un mobile sonore que la maman actionne, le visage de sa maman et ma cravate. Murielle se tourne sur le côté droit et saisit un barreau du lit, elle le lâche par intermittence comme si elle nous désignait du doigt ou comme si elle nous tendait la main. La maman dit " Elle fait ça souvent, je vais baisser les barreaux du lit". Elle baisse effectivement la barrière, Murielle ne réagit pas à cette différence (pertinence de l'interprétation maternelle ?), la maman la rehausse un peu sur le lit en position déclinée en lui parlant doucement: "Je vais te remonter un peu, tu seras mieux comme cela, tu seras plus haute".

Murielle approche de 5 mois :

Je me rends au domicile de Murielle. J'arrive avec un peu de retard. Sa maman m'ouvre en me disant : "Vous ne savez pas. Murielle est de retour en Pédiatrie." Elle éprouve alors un certain scrupule de ne pas m'avoir prévenu mais me propose instantanément de venir voir la chambre de Murielle. Nous passons devant la grande sœur qui regarde la télévision et la maman m'amène dans une chambre d'enfant avec un lit à barreaux, inhabité mais bien décoré. Nous parlons devant le lit vide de ce qui s'est passé. Murielle était bien avec sa nutripompe et les visites de l'infirmier d'HAD. Le samedi, alors qu'elle était rentrée depuis 5 jours, la maman s'est demandée si elle irait à son activité associative hebdomadaire et son mari l'a engagée à le faire (en lui donnant l'autorisation de sortir, monsieur la déculpabilise « d'abandonner » sa fille pour s'occuper d'elle-même). C'est lui qui était présent quand Murielle a présenté un malaise. L'infirmier d'HAD n'a rien trouvé d'anormal et a proposé de maintenir l'enfant dans son milieu tout en restant disponible. Pendant la nuit, à 4 heures puis à 6 heures, Murielle a eu d'autres malaises avec pâleur extrême suivie de cyanose (à nouveau une menace de mort plane sur Murielle). L'infirmier a alors préconisé le départ en SAMU vers l'hôpital. Après quelques jours de réanimation, on a parlé de spasmes bronchiques sans donner d'autres explications. Par la suite, est survenue une hémorragie par le bouton de gastrostomie. Une endoscopie a permis d'écarter un ulcère de stress et n'a retrouvé aucune lésion muqueuse. L'estomac est par contre de petite taille.

Comment les parents de Murielle peuvent-ils comprendre ces malaises qui ne surviennent qu'en leur présence : Murielle leur exprime-t-elle ainsi son refus de retourner à domicile avec eux ? Sont-ils responsables de ces malaises par leur incapacité à s'occuper d'elle correctement ? Sauront-ils jamais la protéger convenablement ?

La nature du malaise respiratoire n'est pas clairement élucidée : six pédiatres de spécialité différente s'interrogent sur la nécessité d'un transfert à Paris. Il est question de pratiquer un scanner pulmonaire et des dangers que revêtirait une endoscopie bronchique dans les conditions actuelles.

Cependant, force est de constater que Murielle semble physiquement beaucoup plus en forme qu'à sa sortie de l'hôpital. Sa prise de poids et de force est clairement visible : son visage est rond, ses yeux bleus ne sont plus porteurs de l'expression de douleur qu'on y lisait auparavant mais sont très mobiles, sérieux mais relativement sereins. De nombreux fils et tuyaux entourent toujours son petit corps mais elle est allongée sur le dos dans une position tonique. Elle bouge ses quatre membres vigoureusement, tourne la tête, se montre attentive aux différents bruits du service (sa vivacité psychique et physique est manifeste).

Je dis: " Bonjour Murielle" elle tourne les yeux vers moi, me regarde intensément puis regarde la vitre et le couloir où passent plusieurs personnes. Les mains sont rapprochées de la face, deux doigts de la main droite occupent la cavité buccale. Murielle tête ardemment en bavant très légèrement. C'est la première fois qu'on observe cette activité auto-érotique chez Murielle. On peut penser à la constitution d'une meilleure assise narcissique, malgré les malaises peut-être influencés par l'absence d'un objet d'étayage. Parfois, c'est le pouce droit qui est dans la bouche. A d'autres moments enfin, l'activité bucco-labiale s'arrête. Le regard est plus mobile, dirigé vers moi ou vers l'autre bébé présent dans la chambre. J'ai le sentiment que si les différents fils et tuyaux (qui entravent la motricité libérée) n'étaient pas là, elle serait physiquement capable de se retourner ou de se mettre en chien de fusil sur le coté.

Sans que l'on puisse parler d'agitation, les mouvements des membres prennent parfois l'allure de mouvements de "petite femme", les deux poignets au-dessus de la tête avec un dandinement du thorax. Pas un cri par contre, pas de vocalisation, l'activité buccale est uniquement utilisée pour téter (comme un jeune nourrisson : c'est le début de l'investissement de la sphère buccale toute tournée vers les auto-érotismes). En sortant de la chambre je discute avec une puéricultrice qui me dit: " Murielle est bien contente d'être revenue, elle aime bien être dans cette chambre, elle voit du monde, on lui manquait" (les projections infirmières sont vives, laissent-elles assez de place aux parents ?).

Un état somatique toujours précaire

Il est difficile d'avancer un pronostic. De par le syndrome de cimenterre, le poumon droit est presque non fonctionnel. Une bronchomalacie de la bronche souche gauche provoque des épisodes d'asphyxie. De plus, la rétraction du poumon droit crée à l'intérieur de la cage thoracique une sorte d'attraction et de déséquilibre extrêmement néfaste pour la respiration.

Une bronchoscopie est courageusement tentée dans des conditions extrêmement délicates. Elle retrouve une sténose, d'origine inflammatoire non spécifique, qui peut être en partie levée. Les germes prélevés sont aspécifiques.

Les fonctions respiratoires s'améliorent après une trachéotomie (qui de nouveau court-circuite la sphère orale) dont les indications seront très longuement expliquées aux parents et qui précèdera un bref séjour à Paris dans un service hyper spécialisé de l'hôpital Necker.

Examinée à Paris, où son père l'a accompagnée en prenant une semaine de congés (témoignant du bon investissement parental malgré la longueur de la séparation imposée par l'hospitalisation), Murielle ne semble pas dans une situation critique. L'atrophie du poumon droit ne s'accompagne pas d'une infection grave. La sténose de la bronche souche gauche, purement inflammatoire s'est peu à peu atténuée. Il ne sera pas procédé à la pneumectomie un instant envisagée.

Murielle revient à Nantes, avec sa trachéotomie, dans le service de réanimation où elle devient une patiente chronique. Peu à peu les puéricultrices s'occupent un peu moins d'elle (lorsque le risque vital s'éloigne), tandis que le rôle de nursing des auxiliaires devient de plus en plus important (la préoccupation médicale primaire cède le pas à la préoccupation maternelle primaire). Installée dans une piscine en plastique, sans eau, elle se tient désormais bien assise et règne sur un univers de peluches et de jouets en plastiques, de portiques brillants et sonores. Elle devient la mascotte du service (investissement massif du personnel qui pallie aux insuffisances affectives et occupationnelles de l'univers hospitalier mais doit veiller à conserver aux parents leur place d'interlocuteur privilégié de l'enfant). Ses parents y sont les bienvenus (en qualité d'invités dans cet univers qui s'est érigé en véritable domicile pour Murielle) et s'autorisent quelques remarques concernant le service de réanimation :

- « On y a pas peur des microbes. »
- « Il y a beaucoup d'infirmières pour un plus petit nombre de patients, même si ce sont des patients très malades. »
- « On se sent en confiance puisqu'il y a tellement de machines si perfectionnées qui permettent de suppléer aux fonctions respiratoires des enfants en cas de besoin. »

Le retour à domicile

C'est finalement du service de réanimation que Murielle partira pour rentrer chez elle à l'âge de un an. Cette sortie définitive aura été préparée par plusieurs sorties d'essai sur la pelouse

de l'hôpital en plein été avec quelques exclamations joyeuses dans l'herbe, entourée de ses parents, de sa grande sœur, de son auxiliaire de puériculture et de son pédopsychiatre, bien décidés à célébrer ces retrouvailles avec la nature dans ce petit carré d'herbe au milieu du parking.

La suite de l'histoire de Murielle se déroulera chez elle dans son école maternelle avec quelques consultations au CHU puis de nombreuses consultations au centre médico-psychologique de l'inter-secteur. Elle a rencontré dans cette équipe une psychomotricienne qui a su respecter sa phobie des mouvements brusques et des cris.

3/ Quelques considérations tirées de l'expérience de l'observation empathique de l'enfant

Toute détresse grave néonatale constitue une blessure pour les parents et pour les soignants. Ceux-ci y répondent en mettant en œuvre des protocoles codifiés, efficaces, médicalement brillants mais qui comportent des zones de non pensée. Ce système défensif s'avère peut-être nécessaire pour garantir l'efficacité du raisonnement médical.

L'organisation somato-émotionnelle du bébé est perturbée et se développe en secteurs. Le péristaltisme digestif se révèle particulièrement vulnérable à une dysharmonie développementale. Il peut constituer le maillon faible de la chaîne somatique.

L'organisation pulsionnelle, en particulier dans sa fonction d'auto-conservation, s'étaye sur un environnement humain composite et réactif. La sortie de l'hôpital n'est pas simple, elle accroît la vulnérabilité de l'enfant à la présence des objets familiers de l'environnement.

CONCLUSION

L'annonce de la maladie somatique grave du nourrisson bouscule les représentations de l'enfant qui se nourrissent des images individuelles, familiales et sociales qui sont attachées à la maladie, au handicap et à la mort.

Elle plonge la mère dans le traumatisme et la rupture (physique et fantasmatique).

L'étrangeté de ce petit être inquiétant attaque son narcissisme, freinant son investissement, et gêne le processus identificatoire garant d'un accordage de qualité. Les anticipations créatrices maternelles sont amoindries, ralentissant le développement moteur et cognitivo-affectif du bébé.

La maladie impose aux deux partenaires de faire le deuil de que cet enfant aurait dû et pu devenir.

L'univers hospitalier, avec ses rythmes chaotiques, sa machinerie « barbare » et ses stimulations sensorielles aberrantes, entrave la naissance à la vie psychique du bébé dans l'émergence tant de la permanence de soi que des proto-représentations. D'autant que la difficulté du holding physique et psychique de ce bébé fragile et indéchiffrable, empêche la mère de contenir efficacement les angoisses impensables de son enfant.

La situation particulière de la prématurité maximise la violence des interrogations et la technicité des soins nécessaires. Elle installe cette mère, interrompue dans son travail d'élaboration fantasmatique, et ce bébé, physiquement immature, dans la précarité relationnelle.

Mais au-delà de ces considérations générales, n'oublions pas qu'un évènement de vie s'inscrit toujours dans une histoire personnelle et familiale unique qui lui donne un retentissement imprévisible.

La place accordée à l'enfant dans la trajectoire du couple, les ressources personnelles de chaque parent et les compétences du bébé, participent à l'émergence de la parentalité chez la mère, de la subjectivation chez le bébé, d'un lien d'attachement sécure et d'une dynamique interactionnelle constructive entre eux deux.

TROISIEME PARTIE DEPRESSION MATERNELLE PERINATALE ET RETRAIT RELATIONNEL DU NOURRISSON

OU

LE LIEN A L'EPREUVE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

INTRODUCTION

Après avoir vu combien la maladie somatique du nourrisson pouvait mettre en danger cette relation mère-enfant naissante, intéressons-nous aux conséquences de la maladie psychique sur le lien mère-bébé à travers la situation d'H et sa maman.

Madame S est originaire de Guinée.

Elle est mère de deux garçons (l'un né en 1998, qui serait « handicapé » mental et/ou moteur, l'autre né en 2000) nés de deux pères différents avec qui Mme S n'a plus de contact.

Les parents de madame S sont décédés.

Pour des raisons politiques (appartenance à un mouvement d'opposition), madame S est emprisonnée avec son plus jeune fils, dans son pays d'origine pendant 6 mois.

Au cours de sa détention, elle est abusée sexuellement à plusieurs reprises par un officier qui lui promet, en échange, de l'aider à sortir de prison.

Elle tombe enceinte d'H. Lorsque l'officier l'apprend, il menace de la tuer si elle divulgue la nouvelle.

La nuit du 17.12.03, l'officier, ivre, la viole une nouvelle fois et s'endort. Grâce à la complicité du gardien, elle parvient à s'échapper avec son fils et gagne le port où un homme, dont l'officier lui avait donné le nom, l'aide à quitter le pays.

Elle embarque clandestinement dans un bateau en partance pour la France. A son arrivée, elle est orientée vers l'association d'aide aux demandeurs d'asile de Nantes : AIDA.

Elle vit douloureusement cette grossesse non désirée, issue d'un viol. Elle ne peut l'interrompre volontairement car le délai légal d'avortement est dépassé lors de sa première consultation prénatale. Madame S décide alors d'accoucher sous X si l'enfant est de sexe masculin et de le garder dans le cas contraire.

En attente du statut officiel de demandeur d'asile, sa situation est précaire. Ses difficultés matérielles concernant l'hébergement et l'alimentation sont majeures. Elle maîtrise mal la langue française et souffre de son isolement socio-familial.

Toutes ses pensées se concentrent sur son fils aîné, resté en Guinée chez une « femme médecin », dont elle reste sans nouvelle.

Elle décrit des idées noires et des passages à l'acte agressifs sur son fils, qui évoquent l'existence d'une dépression prénatale.

Le 28 juin 2004, elle donne naissance, dans l'ambulance du SMUR, à une petite fille de 3kg230, à terme, qu'elle prénomme H. Devant les pleurs inquiétants de madame S, l'équipe soignante de la maternité demande un avis psychiatrique qui conclue à la nécessité d'une hospitalisation de la dyade à temps plein dans une unité mère-enfant.

Madame S et sa fille sont alors prises en charge au *Home* par l'équipe soignante du Dr Garret-Gloanec.

1/ DÉPRESSION MATERNELLE

Dès son arrivée, madame S exprime son épuisement physique. Elle verbalise de nombreuses plaintes somatiques : céphalées, douleurs mammaires, sommeil perturbé et peu réparateur, asthénie majeure... Dans un contexte de post-partum, ces éléments doivent faire redouter une dépression maternelle, souvent larvée et dissimulée, où la culpabilité et le vécu d'incapacité s'expriment au travers du corps.

L'allaitement au sein est douloureux car madame souffre de crevasses mamelonnaires. L'enfant tète peu et ne semble pas rassasiée par les tétées. Les soignants notent qu'H a souvent l'air affamé quand elle réclame enfin et encouragent madame à respecter un intervalle régulier de 4 heures entre les tétées.

H dort beaucoup, semblant se réfugier dans le sommeil.

Le bain est un moment d'échange agréable. H pleure au déshabillage mais s'apaise dans l'eau. Madame lui parle et joue avec elle ; son portage est ferme et contenant.

Au bout de dix jours d'hospitalisation, les difficultés commencent à apparaître.

H se met à inverser son rythme nyctéméral, dormant le jour et restant éveillée la nuit.

Nuit du 26 au 27/07 (un mois) : « A 21h00, H se réveille pour la tétée. Elle dort par intermittence jusqu'à 23h30, heure à laquelle elle boit un biberon de 105 ml en plus de la tétée car madame trouve que H a encore faim. H ne se rendort pas. A 0h30 Madame S confie H pour aller dormir, elle est fatiguée et se plaint de douleurs dans le bas du dos et aux seins. Madame S s'endort aussitôt. H est éveillée, somnole dans les bras, se réveille, pleure,...mais se calme avec un biberon d'eau. Elle ouvre grand les yeux, s'endort dans les bras, se réveille dès qu'on la couche. H a dormi de 2h00 à 4h45 dans le transat, moment où sa maman se réveille. Elle tète alors aux deux seins puis se rendort aussitôt. »

On sait [143] que la survenue d'une dépression maternelle pendant la grossesse ou les suites de couches, perturbe fréquemment le sommeil du bébé en lien avec les capacités réduites de la mère à percevoir les besoins de son enfant dans ce domaine, l'empêchant de remplir son rôle de gardien du sommeil. L'enfant souffre alors d'un défaut d'étayage de la fonction hypnique.

Madame ne parvient pas à la rendormir, restant des heures entières éveillée. Se déculpabilise-t-elle ainsi de l'ambivalence de ses sentiments à son égard ? Il est à noter que la nuit est un moment très angoissant pour madame qui voit ressurgir ses peurs, ses souvenirs effrayants. Elle explique avoir besoin de s'occuper jusque tard dans la nuit « pour ne pas penser ». H, en restant éveillée une partie de la nuit, rassure-t-elle sa maman, affirmant sa vitalité réconfortante, comblant le vide et le silence de la nuit ? Madame se plaint beaucoup du rythme de sommeil de sa fille qui l'épuise, mais n'est-il pas le reflet ou la conséquence de ses propres angoisses nocturnes ?

On voit déjà combien les difficultés de madame et H s'intriquent et s'auto-entretiennent dans une spirale infernale. La dépression de madame participe à l'altération du sommeil de son bébé dont les hurlements nocturnes la fatiguent et la culpabilisent (par le sentiment d'incompétence qu'ils confirment) aggravant ainsi son vécu dépressif. H, malgré tous ses efforts, se sent impuissante à réanimer psychiquement sa mère, qui, elle-même, se sent impuissante à apaiser et satisfaire son enfant. Et l'on sait que ce sentiment d'impuissance acquise devant des événements vécus comme adverses et incontrôlables, joue un rôle majeur dans la survenue et l'entretien de la dépression...

H se met à régurgiter lorsqu'on l'allonge, c'est-à-dire à la croisée des chemins des deux moments les plus difficiles pour madame dans la prise en charge de ce bébé : le sommeil et l'alimentation. Or, le péristaltisme du nourrisson constitue un bon reflet de ses conflits intrapsychiques.

Madame verbalise toujours de la fatigue et des plaintes somatiques, seule façon d'exprimer une tristesse et un mal-être sur lesquels elle ne peut mettre de mots.

Elle confie davantage H aux soignants et ceux-ci commencent à noter de petits passages à l'acte agressifs sur le bébé : lors de l'hygiène des orifices nasaux, madame blesse H de façon itérative, malgré les remarques des soignants. Or, ce nez est le lieu de projections très négatives puisque madame dit souvent qu'il ressemble à celui du père d'H, son agresseur à elle ! Madame peut verbaliser combien la vue de sa fille lui rappelle les violences qu'elle a subies en prison et tous ces souvenirs douloureux qu'elle s'efforce d'oublier. A propos de ses accès d'énervement envers H, elle dira : « Je me surprends à réagir violemment. Lorsqu'H pleure, je la prends brusquement, je la secoue dans les bras. Et puis je relativise, je me calme en me disant que ce n'est pas la faute du bébé. ». On perçoit bien toute l'ambivalence de madame envers ce bébé, objet de projections massives incontrôlables et aliénantes. Face à cette petite fille qui réactualise perpétuellement la scène traumatique de sa conception, madame peine à contenir son agressivité, d'autant que le contexte de dépression maternelle rend conscients les instincts meurtriers et archaïques normalement profondément refoulés. Plusieurs études [41] ont constaté l'impact des distorsions cognitives négatives (qui caractérisent le mode de pensée du déprimé) dans l'appréciation tant du comportement que de l'état affectif du bébé. Elles peuvent induire chez la mère un ressenti et des interprétations hostiles, précurseur habituel des comportements d'agression.

Les infirmières notent qu'H pleure beaucoup. Or l'irritabilité et l'inconsolabilité néonatales représentent d'importants facteurs de risque de dépression maternelle par le sentiment d'incapacité et d'incompréhension qu'elles génèrent. Il est donc toujours capital de prendre en compte les caractéristiques tempéramentales du nourrisson dans l'évaluation des interactions mère-enfant.

Le comportement de madame apparaît très inadapté, mal ajusté aux besoins et signaux du bébé. Par exemple, elle peut réveiller brutalement H, pensant que, pourtant profondément endormie, elle est mal installée dans son cosy. Devant les pleurs instantanés de l'enfant, elle la met au sein, de façon réflexe, sans imaginer que ces pleurs peuvent exprimer le mécontentement du bébé devant ce brusque réveil inexplicable et son désir de se rendormir ... Le matin, elle ira à plusieurs reprises prendre sa douche dès son lever sans tenir compte

des hurlements de son bébé affamé. Une autre fois, elle interprétera des chouinements de fatigue comme de la faim alors qu'H vient de boire en grande quantité. On perçoit bien l'incapacité de cette mère, déprimée et persécutée par la vue de cette enfant, à percevoir et interpréter ses signaux. Or, l'aptitude de la mère à décoder les communications non verbales de son bébé et l'interprétation qu'elle en donne, influencent ses réactions affectives et ses comportements de communication et, à travers eux, les comportements du bébé, dans une spirale interactive qui peut être positive ou négative.

Madame S paraît lasse, épuisée physiquement et psychologiquement. Cependant, compte tenu de l'allaitement qu'elle tient absolument à poursuivre (malgré la pauvreté relationnelle de ce moment d'intimité), il est décidé de retarder la mise en route d'un traitement antidépresseur.

Bien avant que ses relations sociales (affectives, amicales ou professionnelles) ne soient affectées, la mère déprimée interagit moins harmonieusement avec son bébé. Fatigable, ralentie, perdant tout intérêt pour ce qui lui procurait avant du plaisir, sans envie ni énergie, elle se désintéresse progressivement de son enfant, jouant moins avec lui, anticipant peu ou s'ajustant mal à ses besoins, interagissant moins avec lui tant sur le plan verbal (moins de commentaires, paroles adressées au bébé ou reprises de ses vocalisations) que visuel ou tactile. En effet, atteignant le fonctionnement psychique dans son ensemble, la dépression retentit sur la disponibilité, la sensibilité et la qualité des soins prodigués par la mère à son enfant. Elle modifie donc la dynamique interactionnelle tant sur le plan comportemental qu'affectif et fantasmatique.

Madame S dort beaucoup en journée et confie souvent sa fille aux soignants. Le moment de la tétée se vide de tout contenu affectif : la mise au sein se fait sans plaisir, de façon mécanique et systématique. Pourtant, le temps du nourrissage est un moment important car il rassemble les différentes jonctions sensorielles (contacts du dos et de la bouche, interpénétrations des regards, bercement par la voix maternelle) en association à une sensation interne satisfaisante d'apaisement de la faim et des tensions. Le nourrisson peut alors faire l'expérience d'un « objet contenant optimal » (Bick) capable de transformer son vécu chaotique en un vécu d'intégration. [14] Cette expérience de rassemblement interne participe à la naissance du sentiment basal d'identité et d'une première organisation de l'image du corps.

Tétée 29/07 (un mois) : « *Le moment de la tétée est difficile, le portage est à revoir. Madame S regarde dans le vide et semble ne pas être à l'aise. Elle ne parle pas. H regarde beaucoup sa maman, pleure quand on l'allonge sur le canapé et se calme vite dans les*

bras.» Madame se révèle incapable de remplir cette fonction d'enveloppe psychique, contenant et liant les ressentis corporels encore impensables de sa fille.

Son portage est lâche et non contenant. Ses anticipations créatrices sont rares, le ratage des incitations relationnelles du bébé fréquentes. On est frappé par le désengagement affectif, l'inadaptation et l'imprévisibilité qui caractérisent les interventions de madame. Elle semble insensible aux demandes de son bébé, plongée dans sa propre détresse qui l'empêche de voir et entendre celle de sa fille.

Bain 26/08 : « *Après une sieste, madame S a emmené H dans le bain dès son réveil. Dans le bain, le bébé pleure pendant le savonnage (elle a certainement faim), sa maman lui parle un peu mais fait son grand savonnage comme à son habitude. H s'arrête de pleurer dès qu'elle est dans l'eau, regarde sa maman qui l'asperge d'eau. H pleure de nouveau et fortement au moment du rhabillage, sa maman n'en semble pas perturbée, fait le massage du bébé sur tout le corps avec une crème et ne cherche pas à la consoler. Je lui propose d'essayer la sucette pour l'apaiser : H s'arrête de pleurer. »*

On note toujours cette agressivité mal contenue qui s'origine à la fois de l'histoire traumatique de la dyade et de la symptomatologie dépressive de madame. En effet, il serait caricatural et abusif de déduire un tableau homogène des comportements interactifs de la mère déprimée avec son bébé. On peut distinguer trois catégories de mères : celle qui s'engage peu dans la relation et reste apathique avec son enfant (dépression ralentie avec émoussement affectif où les interactions sont caractérisées par leur pauvreté), la mère plus dynamique mais aussi plus irritable à la limite de l'intrusivité (dépression anxieuse agitée où domine la dysharmonie interactive), celle enfin qui parvient à interagir convenablement avec son enfant. Quoiqu'il en soit, une dysharmonie interactive, « marqueur le plus fin et le plus précoce de difficultés intrapsychiques chez la mère » (Delzenne) compromet toujours la naissance à la vie psychique du bébé. [62]

2/ RETRAIT RELATIONNEL

Mais n'oublions pas que le bébé est un partenaire actif de l'interaction. Les particularités de son équipement psychobiologique, les modalités d'expression et de régulation de ses besoins et de ses états émotionnels, les caractéristiques de ses réponses aux sollicitations maternelles, impriment leur marque dans ces échanges. Si le comportement néonatal est compromis, probablement par une multiplicité de facteurs (nutritionnels, hormonaux,

toxiques, génétiques...anté, per et post-nataux), la mère peut être confrontée à un bébé dont la capacité d'engagement interpersonnel est altérée. Or, cette barrière à la possibilité de connexion intime possède un impact émotionnel certain chez la mère entraînant un vécu d'impuissance et de non reconnaissance par l'enfant. Ainsi, une maternalité mal assurée pourra s'en trouver grandement fragilisée et malmenée.

Or, au-delà des défaillances du holding maternel, le comportement d'H interroge de plus en plus l'équipe soignante. A sa passivité, qu'on pourrait penser réactionnelle à la dépression maternelle, s'ajoute une anomalie persistante du regard. H donne l'impression de refuser activement le contact œil à œil, elle présente un strabisme divergent de l'œil gauche qui empêche de savoir précisément ce qu'elle regarde, ses capacités de fixation semblent très réduites, son regard se perdant souvent dans le vague. Le bilan ophtalmologique confirme le strabisme mais infirme l'existence d'un déficit visuel. On s'interroge sur l'origine constitutionnelle ou relationnelle de ces anomalies visuelles.

H aime regarder les peluches du portique ; elle s'absorbe dans leur contemplation et s'anime en gigotant les bras et les jambes. Pour Bick [14], les enfants confrontés à une insuffisance persistante de la fonction contenante maternelle finissent par se concentrer de façon presque exclusive sur les objets inanimés de l'environnement, s'y accrochant sur le mode de l'identification adhésive afin de pouvoir maintenir un sentiment continu d'exister, indépendamment d'un environnement humain jugé non fiable. En effet, à l'aube de sa vie psychique, l'enfant ressentirait les différentes parties de sa personne comme non liées entre elles et devant être maintenues ensemble grâce à une peau frontière, limitante et contenante. Avant qu'il puisse lui-même contenir les parties de son self, avant qu'il ait introjecté un objet externe éprouvé comme capable d'assumer cette fonction, il serait conduit à chercher à l'extérieur un objet susceptible de le tenir hors de cet état de non-intégration (par le mécanisme d'identification adhésive). De telles fixations sensorielles pourraient correspondre à ce que Tustin a décrit sous le terme de « sensations auto-générées toujours disponibles toujours prévisibles », destinées à compenser les défaillances du lien précoce. [204]

H observe beaucoup, les yeux grands ouverts mais ne s'anime qu'après beaucoup de sollicitations et semble préférer la vision des objets du portique à celle du visage humain. Elle se réfugie dans le sommeil, manifeste peu d'intérêt pour l'adulte, communique peu (pas de sourire-réponse) et sa gestualité est pauvre. Elle suit des yeux mais ne réagit pas à l'approche d'un jouet même très près de l'œil, elle ne regarde pas sa maman de face et louche en divergence de l'œil gauche. Elle semble donc avoir adopté ces comportements

défensifs d'évitement relationnel décrits par Carel qui se caractérisent par une phase de retrait (avec détournement actif du regard et indifférence aux sollicitations de l'adulte) suivie par une attention extrême portée à un (ou plusieurs) objet source de stimulation sensorielle. [38]

Rappelons que le concept de retrait relationnel durable [93] est aujourd'hui considéré comme un signal d'alarme pouvant inaugurer une pathologie aussi bien anxieuse que dépressive ou psychotique, témoigner d'une origine organique (déficits sensoriels ou douleur chronique) ou accompagner un trouble de l'attachement ou de la régulation émotionnelle. En effet, on regroupe sous ce terme, des comportement allant de la fuite dans le sommeil à l'attention préférentielle pour les choses plutôt que les personnes, en passant par des troubles visuels et moteurs multiples. C'est pourquoi, au-delà de la symptomatologie propre, c'est le contexte d'émergence et l'évolution qui revêtent une importance capitale.

N'oublions pas que le retrait relationnel bref (micro retrait) est un élément normal et même indispensable de l'interaction parent-bébé. Il permet à ce dernier de réguler le niveau d'excitation de la relation et constitue donc pour lui l'expérience de sa capacité à contrôler l'interaction, soit en l'initiant soit en l'interrompant. Il est nécessaire au nourrisson pour métaboliser psychiquement l'expérience relationnelle qu'il vient de vivre. De plus, les comportements d'évitement participent, dans l'alternance attention/retrait, au processus ludique et structurant qui rythme l'interaction. Ainsi, le retrait relationnel bref préfigure le jeu ultérieur de présence-absence type « coucou – caché » et pourrait donc, constituer un prélude à « la capacité d'être seul en présence de l'autre », du modèle winnicottien (1958 in [212]). Il constitue donc une modalité « d'être avec » du bébé [193].

Afin d'aiguiser l'attention du clinicien, Guedeney a mis au point l'échelle ADBB (Annexe) qui permet de dépister et d'évaluer l'existence d'une réaction de retrait durable (observée au moins à deux reprises à deux semaines d'intervalle dans deux contextes relationnels différents), point de départ à une recherche « étiologique » et une prise en charge thérapeutique. [93]

Cette réaction de retrait, qui s'observe en situation expérimentale face à l'impassibilité du visage maternel (*Still face* de Tronick [49]) ou face à la désynchronisation de l'interaction [153] et en clinique face à la dépression maternelle [154] pourrait constituer un mécanisme de défense lors des situations intolérables pour le bébé. La dépression surviendrait quand le caractère irrémédiable de cette situation s'impose au nourrisson.

Compte tenu du jeune âge d'H, la symptomatologie aspécifique du retrait ne permet pas de préjuger de son évolution ou de son appartenance à un cadre nosographique précis. Il peut être purement réactionnel, entité interactive au statut potentiellement transitoire ; ou être le témoin d'un déficit organique (visuel ou auditif) passé inaperçu ; ou enfin constituer une modalité d'entrée dans une pathologie psychotique qui s'affirmera au fil du développement de l'enfant.

H pleure beaucoup et régurgite de plus en plus (mais il faut reconnaître que madame lui donne des biberons trop conséquents malgré les conseils infirmiers). Une spirale de détresse mère-enfant, modèle d'échec des communications préverbaux semble s'être installée : les pleurs favorisent la chronicisation de la dépression maternelle, elle-même facteur de risque reconnu d'augmentation de la durée et de la fréquence des pleurs.

Les relations mère-fille se détériorent.

Journée du 31/08 (2 mois) : « A 10h30, H boit 180 ml de lait maternisé en 5 minutes. Elle tête très fort, le regard dans le vide. J'incite madame S à mettre un coussin sous son bras pour redresser H. Malgré cela, la tête de H reste sur l'avant bras de sa maman. Madame regarde beaucoup les autres enfants. H régurgite à plusieurs reprises (par la bouche et le nez). Pendant le bain, H est très tendue, a les poings fermés et tourne la tête vers l'extérieur. Elle ne semble pas rassurée. Madame S la prend par les bras vivement pour la sortir du bain. Elle lui parle très peu, la masse beaucoup : H se détend sur la table à langer. »

On sait [50] qu'au cours d'interaction en face à face, les mères déprimées, ainsi que leur bébé, manifestent davantage d'affects de type négatif (colère, tristesse, irritation, désintérêt). Ainsi, les dyades « déprimées » passent plus de temps dans les états correspondants : « elle manifeste de la colère ou malmène son nourrisson : celui-ci proteste » et « elle se retire de l'interaction : le bébé regarde ailleurs » et moins de temps dans les états : « elle cherche à susciter des réactions chez son nourrisson : il est attentif » et « elle joue : il joue ». Mais il semble également que la cohérence pour les cycles comportementaux des partenaires soit moins grande ce qui suggère des interactions moins synchrones et harmonieuses.

3/ PAUVRETÉ DES INTERACTIONS

Début septembre, la symptomatologie dépressive de madame S s'accroît : à son asthénie et son adynamie habituelles, s'ajoutent une anorexie, une aboulie, une anesthésie affective et des idées noires : « Quand je pense à ma vie ici, c'est dur ; parfois je voudrais que la vie s'arrête ». Elle demande des produits « pour ne plus penser ».

Elle pleure en évoquant son fils aîné resté dans son pays dont elle n'a aucune nouvelle, enfant malade qui aurait été confié à une femme médecin car la fratrie de Madame S, habitant loin de son ancienne région de résidence, ne pouvait s'en occuper. Lorsque madame regarde H, c'est son frère qu'elle cherche. Les images internes qui l'accaparent font écran aux images externes de la réalité du bébé. Son regard flou, absent, ne peut voir sa fille car il s'accroche au souvenir du disparu. Elle « in-envisage » son bébé [139]. Elle est « ailleurs » et son regard ne peut porter celui de son enfant qui se met à son tour à flotter. H ne « voit pas sa mère en train de la regarder » [127] mais sa mère envahie par une pensée centrée autour d'un autre qu'elle.

H se trouve donc confrontée à un désengagement, un ralentissement psychomoteur et un abrasement affectif évoquant la situation expérimentale du *Still Face*. Cohn et Tronick [49] montrent que face à la simulation d'une amimie dépressive par sa mère (*Still Face* : aréactivité et mutisme maternels pendant trois minutes) le bébé réagit de façon stéréotypée. Après l'échec de ses tentatives visant à restaurer une interaction « normale », il proteste puis devient circonspect et inquiet, et enfin il se détourne et regarde au loin, adoptant une attitude de désespoir et de retrait. Ainsi une interruption même brève de l'intersubjectivité possède un effet désorganisateur sur le bébé. Cette expérience confronte le bébé à un message paradoxal : aréactivité maternelle alors que sa position en face à face avec le bébé suggère une intention d'interaction. Elle illustre les échecs de régulation mutuelle (par incapacité maternelle à réparer normalement les erreurs de communication) tels qu'on les observe dans la dépression du post-partum [201]. Lorsque la mère se présente à nouveau avec un visage engageant, le bébé adopte pendant quelques minutes une attitude de défiance avec détournement du regard. On peut alors postuler que des symptômes d'évitement du regard pourraient s'installer lorsque ces situations de « violation d'expectative » se répètent, ainsi que l'on peut l'observer chez les mères déprimées qui se retranchent parfois, et de façon imprévisible, dans un silence impénétrable, incompréhensible pour l'enfant.

Field remarque que dans cette même situation de *Still Face*, les bébés (de quatre mois) de mères effectivement déprimées semblent moins désarçonnés, gardent un rythme cardiaque bas, et adoptent un comportement identique et en miroir de celui de leur mère. Elle émet l'hypothèse d'un mécanisme défensif d'« habitude » qui confirmerait le caractère habituel, pour ces bébés, de cette situation d'inadéquation [71].

H pleure souvent mais s'apaise instantanément avec sa tétine, auto-érotisme oral utilisé à visée d'auto-apaisement. Tronick et Gianino [202], à partir de leur modèle de régulation mutuelle, insistent sur les difficultés, pour le bébé, de réguler ses états émotionnels lorsque les réponses maternelles sont inadéquates. En effet, le bébé a la double tâche habituelle de réguler simultanément son état émotionnel interne et son engagement avec l'environnement. Pour cela, il a recours à des comportements de régulation des affects centrés sur soi (sucrer, téter, se balancer, se replier sur soi) ou orientés vers autrui (sourire, froncer les sourcils). Les perturbations interactionnelles générées par la dépression maternelle entraînent un dysfonctionnement au sein de ce système de régulation, le bébé recourant alors préférentiellement aux comportements centrés sur soi.

Face à une mère apathique, qui ne réagit pas et se montre incapable de réparer l'interaction, H échoue à établir une relation sociale. Soumise chroniquement à cette situation, elle a développé un style de régulation autodirigé et peu relationnel (détournement du regard, succion non nutritive), une passivité et un retrait défensifs. Ce style de réaction autodirigé cherche à prévenir la survenue d'émotions négatives même dans les situations où les affects négatifs ne surviennent pas, ce qui permet d'expliquer les constatations de Field [72] selon lesquelles les bébés de mère apathique induiraient, chez des étrangers non déprimés, des réactions de désengagement « dépression-like ». Ainsi, les bébés de mère déprimée utiliseraient une stratégie défensive, acquise au contact de leur mère, de façon systématique y compris lorsqu'elle n'est pas appropriée.

Madame S ne parle pas spontanément d'H et quand on l'interroge à ce sujet, elle soupire et explique que « c'est difficile ». L'investissement de cette enfant est minime et médiocre. H est victime de ce que Carel (« Processus psychotique chez le nourrisson », 1981 cité dans [46]) nomme une « méconnaissance » de la part de sa mère : elle est exclue de son investissement psychique, « élevée et protégée quant à son corps, méconnue quant à sa psyché ».

Elle ne prend aucun plaisir aux soins de sa fille : « je m'en occupe parce qu'il le faut, je n'ai pas le choix ». Selon Aulagnier [7] « le propre de tout vécu dépressif est d'abolir la prime de plaisir qu'on devrait rencontrer dans l'agir, le penser, le contact : c'est à cette absence de

plaisir que réagit l'*infans* » car il a besoin, dans la construction de sa psyché naissante, de s'alimenter de l'expérience commune de plaisir pour pouvoir éprouver à son tour pleinement ses propres expériences de plaisir.

Journée du 07/09 (2mois et demi) : « Madame S arrive à 11h toute souriante mais éreintée car elle est allée accompagner son fils à l'école puis s'est rendue au secours populaire pour prendre un colis alimentaire. H ronchonne. Sa maman lui donne la tétée, on observe peu d'interactions entre elles. H est tournée vers sa maman face contre le sein et le corps détendu. Elle tète fortement. Madame S parle beaucoup avec le groupe (elles sont installées dans le salon TV), est très à l'aise dans l'unité, paraît confiante. Elle installe H sous un portique puis demande à aller faire le bain. Pendant le bain, madame S est très organisée, parle un peu avec son bébé et la lave énergiquement. Elle lui fait un massage très stimulant après le bain puis un peu de gymnastique des membres. H est à l'aise, détendue. Elle semble très habituée à ces manipulations. Pour la toilette du visage, madame S utilise des cotons-tiges. Elle est très intrusive. H pleure beaucoup ; ses narines sont rouges. Madame banalise en disant qu'elle n'aime pas ça mais H continue de pleurer même dans les bras de sa maman. Madame S a oublié la tétine de sa fille. Elle finit par me confier H pour finir de ranger. H pleure toujours. Madame propose alors un biberon d'eau, ce qui apaise H. Elle nous confie le bébé après le déjeuner pour pouvoir ramener ses colis à son appartement. Elle s'absente durant deux heures. H a beaucoup de mal à dormir dans la nurserie et finit par s'apaiser à nos côtés dans le transat. A son retour, madame S est très fatiguée. H est éteinte et sourit peu. Elles s'installent sur une couverture dans la salle d'éveil. H est souriante et gazouille, madame S s'endort. »

Devant la détresse d'H face à l'absence prolongée de sa mère, on pense à la faible capacité du très jeune enfant à conserver l'image interne de sa mère. Les absences maternelles ne sont maturatives que si elles sont supportables pour le bébé, c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas dépasser le temps pendant lequel il peut conserver une image vivante de sa mère à l'intérieur de lui-même. Au-delà de l'aspect purement mnésique, l'émotionnalité liée à l'expérimentation d'une relation gratifiante et sécurisante avec la mère, participe à la tolérance de cette discontinuité perceptive.

Madame S réalise au cours des entretiens, qu'elle ne prête pas attention à sa fille, ne la regarde pas, s'y intéresse peu. Or on sait désormais que cette indisponibilité psychique et affective maternelle si caractéristique de la dépression du post-partum, est plus néfaste pour le bébé que la séparation physique telle qu'elle était décrite dans les travaux de Spitz ou Bowlby. Par ailleurs, l'attention de la mère joue un rôle de matrice au sein de laquelle les expériences psychiques de l'enfant peuvent se rassembler en un tout cohérent. En intériorisant cette fonction d'attention maternelle, le bébé pourra apprendre à faire attention

par lui-même, à lui-même et au monde extérieur. Il pourra recevoir les messages de l'environnement captés par ses sens, les rassembler dans son attention et en faire la synthèse. La fonction d'attention parentale est donc vitale pour le développement psychique harmonieux et cohérent de l'enfant.

Madame S n'imagine pas non plus que son enfant puisse ressentir des émotions, ses émotions à elle et des émotions propres. Or, cette répression affective maternelle met davantage le bébé à l'épreuve que l'affect dépressif et la conflictualité manifestes car elle s'accompagne d'une dénégarion des états psychiques tant de la mère que du bébé. Les expériences affectives ne sont plus partageables au sein de la dyade, les émotions ne peuvent prendre sens pour le bébé.

Palacio-Espasa [160] parle de « desémotionnalisation » de la relation mère-enfant, qui transformerait la préoccupation maternelle primaire en une préoccupation technique et sociale comportant d'énormes distorsions de l'empathie : « le holding somatique se poursuit tandis que le holding psychique s'atrophie » (Carel, 1981).

Madame ne joue jamais avec elle spontanément et lorsqu'elle le fait sur incitation des soignants elle n'en retire aucun plaisir. Les moments d'interaction mère-fille, particulièrement sur le mode ludique, sont donc quasi-inexistants. L'univers de la petite fille s'en trouve appauvri, ses capacités intersubjectives diminuées. Pour Stern [193], une mère déprimée serait moins à même de s'ajuster aux besoins excitationnels de son nourrisson (« registre optimal d'attention et d'éveil ») ce qui raccourcirait les périodes de jeux. Le nourrisson, hypostimulé, produirait à son tour moins de comportements sociaux susceptibles d'entretenir l'intérêt de sa mère. Cependant, il convient de nuancer cette notion de sous-stimulation car chaque nourrisson possède des besoins et un seuil optimal de stimulation qui lui est propre. La capacité d'ajustement maternelle lors du jeu (ou de l'interaction) dépend de la possibilité de percevoir empathiquement le ressenti de son enfant. Or cette « harmonisation des affects » se trouve grandement altérée par l'émoussement affectif lié à la dépression.

Ainsi la capacité de rêverie maternelle et d'accordage affectif, l'accessibilité et l'attention psychique de la mère font cruellement défaut à l'enfant en cours de développement.

Afin d'aider madame S à percevoir sa fille de manière plus positive et sereine, moins projective et agressive, il lui est proposé de s'appuyer sur le regard d'une psychologue qui viendra une fois par semaine observer la dyade dans l'unité. En effet, madame S ne parvient toujours pas à « en-visager » son enfant : lors des tétées, elle parle avec le groupe ou regarde la télévision, ne prêtant aucune attention au regard de son enfant qui la cherche, s'accroche à son visage, comme dans ce « lien d'attachement mélancolique (tissé) entre un

bébé au regard figé sur son objet primaire et une mère au regard détourné sur son objet perdu » décrit par Marcelli. La nécessaire reconnaissance mutuelle du bébé par sa mère et de la mère par son bébé ne peut se mettre en place en l'absence de ce regard partagé fondateur. L'idée d'une triangulation, moins menaçante qu'un face à face direct avec ce bébé qui lui renvoie tant de souvenirs douloureux, la séduit.

4/ DÉPRESSION OU PSYCHOSE ?

Octobre : H a plus de trois mois.

Mme S a été mise sous antidépresseur. Elle se sent beaucoup moins triste, parle d'un voile noir qui se serait dissipé. Elle explique qu'elle retrouve du plaisir à être avec ses enfants, qu'elle n'a plus à se « forcer », à « faire semblant ». Cependant, il faut garder à l'esprit qu'il existe un décalage temporel entre l'amélioration des troubles de l'humeur de la mère et celle des dysfonctionnements interactifs.

H a fait beaucoup de progrès : elle peut soutenir le regard du soignant, sourire et vocaliser. Mais sa gestualité reste pauvre, elle présente toujours une hypertonie périphérique (crispation, poings serrés pendant les soins : retard de développement ou hyper vigilance face à l'inadéquation des soins ?) associée à une hypotonie axiale. Elle tient à peine sa tête et ne la relève pas lorsqu'elle est sur son ventre (incapacité ou désintérêt ?).

Elle ne recherche pas les contacts corporels avec sa mère. On pense à un attachement évitant de l'enfant qui, pour conserver la présence sécurisante de sa mère, pour qui tout rapproché est vécu comme intrusif, apprend à minimiser ses demandes, ses besoins de proximité.

Elle évite son regard mais peut l'observer à distance. On sait que la mère joue un rôle de miroir pour l'enfant qui se voit dans le regard de sa mère le regardant. Or, madame S ne semble voir en H que l'enfant du viol. Comment H peut-elle soutenir ce regard chargé de projections négatives ? Comment supporter cette image d'elle-même que lui renvoie sa mère, d'enfant coupable et persécuteur ?

H évite donc toujours les interactions rapprochées avec sa mère (intolérance ou adaptation ?).

A quatre mois, lorsque sa mère la nomme doucement par son prénom, elle peut ne pas répondre à cette sollicitation « le regard fixe et vague », se tourner vers elle et sourire ou détourner le regard. On imagine la blessure narcissique, la déception et l'incompréhension que peut ressentir madame face à cette enfant peu gratifiante, voire rejetante.

H commence à manifester de l'intérêt lorsqu'on s'approche d'elle, elle sourit quand on la sollicite (sourire – réponse), mais ses interactions restent globalement pauvres et empreintes de passivité. Elle s'intéresse, vocalise et s'agite d'avantage avec les portiques et mobiles qu'avec les humains comme si elle compensait la défaillance du holding maternel par un agrippement à ces aspects non humains de son environnement dans une tentative désespérée de rassemblement et d'apaisement. Son regard, souvent dirigé, semble « s'affoler » dès qu'on bouge avec de grandes difficultés pour se recentrer. Il peut être très vide à certains moments et ne se fixe jamais très longtemps.

On se pose la question d'une dépression du nourrisson. En effet, le tableau clinique présenté par H se rapproche de la « sémiologie en creux des dépressions blanches » décrites par Kreisler [116] dans les situations de carence maternelle qualitative (état dépressif induit chez le bébé par un mouvement dépressif maternel) à l'inverse des carences quantitatives décrites par Spitz à propos de l'hospitalisme infantile [190] et en miroir de la description d'A.Green dans « La mère morte » [88].

Keisler retrouve quatre catégories de signes cliniques : l'atonie thymique (indifférence générale correspondant à une chute de toutes les appétences vitales d'un enfant en bonne santé : exploration sensorielle motrice et psychique), l'inertie motrice (monotonie répétitive et ralentissement idéomoteur), le repli interactif (chute des initiatives et des réponses aux sollicitations, anomalies typiques du regard : fixité sans clignement, détournement fugitif à l'approche, vigilance glaciale en l'alternance avec une vacuité inquiétante), la désorganisation psychosomatique.

Celle-ci pourrait être en lien avec la dépression maternelle soit par un phénomène de contagion psychique soit à travers ses conséquences interactives (adaptation et apprentissage d'un mode relationnel). En effet, si Field parle plutôt d'imitation et de reproduction passive par le bébé d'un certain « style déprimé » de communication [71], David et Appell [59] évoquent quant à elles, un mécanisme d'intériorisation très précoce par le bébé des patterns interactifs maternels. La dépression du nourrisson correspond-elle à une véritable transmission de l'affect dépressif maternel (avec une chute de pression des instincts de vie) à travers les interactions précoces ? Ou bien s'illustre-t-elle au niveau de

modalités relationnelles que le nourrisson aurait intériorisées, en miroir de sa mère? On peut également s'interroger sur un mécanisme d'identification où « pour renoncer à l'objet, le moi adopte les traits de l'objet, il l'introjecte, s'identifie à lui, s'assimile à lui » (Ciccone 2001 p.22) [46].

Signalons au passage que la dépression du nourrisson ne représente pas la plus fréquente des réponses de l'enfant à la dépression de sa mère. Kreisler [116] a décrit différents troubles psychosomatiques (sommeil, alimentation, ORL,...) pouvant aller jusqu'à l'arrêt de croissance ou le retard de développement psychomoteur avec hypotonie (ce qui sera le cas d'H).

18/11/04 (4 mois et demi) : « *En matinée, sur le tapis, H regarde beaucoup et longuement ses mains jointes puis séparées avec, de temps en temps, des regards aux alentours (il y a beaucoup de monde dans la salle). Elle sourit parfois sans que son regard s'ajuste vraiment, dans le vague. On ne parvient pas à savoir ce qu'elle regarde vraiment. Elle vocalise plus pour elle-même ou en direction des jouets.*

Quand sa maman arrive, elle se fige, un peu tendue, vigilante. Sa maman l'assied. H se comporte étrangement alors : très concentrée sur sa position (ou fatiguée ?), elle semble complètement absente un long moment malgré les sollicitations maternelles et ce, jusqu'à ce que sa maman l'ayant allongée sous un portique, l'abandonne à cette nouvelle activité.

H tourne alors la tête à plusieurs reprises vers sa maman (qui lui tourne le dos), vigilante, ne se laissant pas aller au jeu comme elle peut le faire habituellement.

Le bilan ophtalmologique (demandé en septembre) retrouve un strabisme divergent, anomalie rare qui n'exclut pas la possibilité d'un trouble relationnel de type psychotique.

L'hypothèse d'une évolution autistique ou d'une origine organique (peut-être à composante génétique : grand frère « handicapé » ?) est soulevée.

En effet, concernant les signes de dépistage précoce d'un risque d'évolution autistique, Houzel (annexe) insiste sur l'existence de signes psychomoteurs (perturbation du dialogue tonique, absence d'anticipation mimétique, hypo ou hypertonie paradoxale), de troubles du sommeil (insomnie calme ou agitée) et de l'alimentation (anorexie), d'anomalies du regard ou du cri (monotone et non interactif), de peurs archaïques confinant aux phobies atypiques. On s'aperçoit qu'H présente déjà un grand nombre de ces clignotants dont la présence impose une vigilance accrue et soutenue autour du développement psychomoteur et affectif de l'enfant.

Signalons, bien qu'H n'atteigne pas encore cet âge critique, que Baron Cohen [10] a identifié trois précurseurs de la théorie de l'esprit dont l'absence à 18 mois constitue un facteur de risque d'une évolution autistique : le jeu de faire semblant, le pointage protodéclaratif et le contrôle du regard dans l'attention conjointe. De nombreuses échelles dérivées du CHAT de Baron Cohen [11] (annexe) ont vu le jour pour tâcher de dépister de plus en plus tôt les éventuels marqueurs d'un risque d'évolution autistique (exemple ERCA-N de Sauvage [184] (annexe). Leur intérêt réside surtout dans la capacité à attirer l'attention du clinicien sur certains signes d'alarme.

Pour Tustin [204], l'autisme « pathologique » résulte d'une prise de conscience intense et prématurée chez le nourrisson de la séparation d'avec sa mère, à un moment où son appareil psychique n'est pas encore à mesure de le supporter. Si la mère se révèle incapable de contenir les expériences de séparation corporelle de son nourrisson, celui-ci se voit contraint de se protéger par une autosensualité enivrante. Mais il existe une seconde condition nécessaire au développement d'un état autistique, c'est l'hypersensibilité constitutionnelle du nourrisson. Ainsi Bion [16] considère qu'« un nourrisson doté d'une forte capacité de tolérer la frustration pourrait survivre à l'épreuve d'une mère incapable de rêverie, donc incapable de pourvoir à ses besoins mentaux. A l'autre extrême, un nourrisson fondamentalement incapable de tolérer la frustration ne peut sans risque d'effondrement survivre même à l'expérience de l'identification projective avec une mère capable de rêverie ; il ne faudrait pas moins qu'une tétée ininterrompue, et cela n'est pas possible, ne serait-ce que par manque d'appétit. » (Bion) [15].

La symptomatologie d'H correspond-elle aux défenses quasi autistiques d'une dépression du nourrisson ou à une dysharmonie précoce avec risque d'évolution autistique ? A ce propos, soulignons l'idée de Carel selon laquelle dans la relation avec un bébé déprimé, les signes de souffrance semblent s'accroître lorsque l'attention de l'interlocuteur se détourne alors qu'ils s'accroissent chez les bébés « pré-autistes » avec qui on cherche à forcer le contact. La problématique dépressive s'organiserait donc autour de la crainte du lâchage, la problématique psychotique autour de celle de l'intrusion.

En fait, la symptomatologie d'H correspond exactement aux tableaux d'évitement relationnel décrits par Carel [38] qui émet à ce propos l'hypothèse suivante : sur le plan intra psychique, il correspondrait à un mouvement de retrait-réorganisation avec détournement de l'interaction vécue comme anxiogène (pare-excitation comportemental et psychique), et, clivage entre un monde animé hostile et un monde inanimé support de reconstruction

psychique à travers des comportements de type agrippements sensoriels (identification adhésive suppléante).

Un tel ensemble symptomatique ne présage en rien de l'évolution qui peut se faire vers la disparition de cette dysharmonie relationnelle réversible, l'amélioration de cette dépression précoce du nourrisson ou l'enkystement dans un processus psychotique débutant.

Quelle que soit son étiologie, le comportement d'H met sa mère en difficulté pour entrer en relation avec elle (peu de moment d'éveil, pas de contact œil à œil ni de sourire-réponse). Il est peu gratifiant et ne favorise pas l'émergence d'un lien d'attachement réciproque.

En effet, si le détournement occasionnel du nourrisson peut prendre valeur de message à visée régulatrice (permettant une défervescence de l'excitation lorsque son niveau dépasse le seuil de tolérance du bébé), le retrait ou évitement relationnel actif prolongé peut mettre à mal une maternalité mal assurée et réactiver des sentiments d'incapacité ou un vécu persécutif chez la mère, en résonance avec son monde interne et son histoire personnelle et générationnelle. Il déçoit l'attente de réciprocité qui contribue à parentaliser et valoriser la mère. Elle ne peut introjecter le « bon bébé » qui ferait d'elle « la bonne-mère-d'un-bon-bébé » (Cicccone 2001, p.21) [46]

Ainsi, madame S qui se force à s'intéresser à sa fille, se heurte à un bébé qui évite la relation. Mais on a vu combien auparavant H fixait sa mère lorsque celle-ci l'allaitait en regardant ailleurs. Il semble s'être installé un cercle vicieux négatif d'une mère qui poursuit son bébé qui s'esquive après avoir poursuivi une mère qui s'esquivait (« faux pas » de la danse interactive décrits par Stern). On pense au « processus autistisant » d'Hochmann (cercle vicieux à effet autoaggravant susceptible de s'enkyster de manière irréversible) et à l'observation de Kubicek (sur ces jumeaux de 4 mois dont celui qui évite le regard de sa mère qui insiste sera ultérieurement diagnostiqué autiste [117]).

H a-t-elle adopté ce mode de relation à distance pour s'adapter à la tolérance réduite de sa mère qui vivait les demandes affectives de sa fille comme insupportables du fait de sa dépression et son histoire?

A-t-elle développé cet évitement relationnel envers sa mère pour se dégager de cet excédent projectif négatif insoutenable ?

Ou alors a-t-elle dès le début regardé précisément sa mère lorsque celle-ci regardait ailleurs car le contact œil à œil avec autrui était insoutenable, trop intrusif et menaçant ?

Cet évitement actif du regard est-il de l'ordre de la défense « quasi-autistique » face à un partage émotionnel et psychique impossible avec cette mère persécutée persécutante ?

Ou bien relève-t-il du retrait autistique précoce face à l'insupportable de toute communication interhumaine ?

Peut-être H a-t-elle perdu le goût de la relation après de nombreuses tentatives de communication restées infructueuses ?

La pauvreté de sa gestualité est-elle « constitutionnelle » ?

Ou bien secondaire à un défaut de stimulation (par une mère déprimée et peu investie auprès d'un bébé dont l'existence même est persécutrice par les souvenirs qu'elle perpétue) ?

Ou encore « adaptative » face à l'intolérance de sa mère : on a vu combien l'agitation du frère d'H exaspère madame S et peut la conduire à des violences qu'elle regrette secondairement ; on peut imaginer qu'H ait compris que, pour rester dans les bonnes grâces de sa mère, il fallait qu'elle reste tranquille?

5/ TOUJOURS DES INQUIÉTUDES

Décembre (5-6 mois) : H semble plus dans la relation à l'autre, en demande affective. Elle arrive à diriger son regard avec précision et expression, se retourne vers une personne qui parle à côté, sourit volontiers et attrape avec ses deux mains les jouets du portique. Cependant les infirmières notent toujours des moments où H les regarde sans les voir, le regard vide : « *Je ne reçois rien de cet échange, je n'arrive pas à capter l'attention de son regard qui me semble à nouveau vitreux* » (paroles d'une infirmière du Home).

Madame S a toujours besoin d'être accompagnée dans les soins, elle ne s'adapte pas aux progrès de l'enfant : elle la nourrit toujours dans ses bras sans la mettre dans une chaise haute, position qui favoriserait l'échange des regards. Cette absence de décollement physique empêche l'instauration d'un véritable partage émotionnel et entrave la construction de cette « peau psychique », enveloppe sécurisante protégeant le bébé de ses angoisses corporelles archaïques (de chute, liquéfaction, morcellement,...) qui nécessite la constitution d'un arrière-plan solide par le contact tactile du dos associé à la pénétrance du regard. « Il faut que quelque chose entre par les yeux au fond de la tête de l'autre et de soi en miroir et fasse empreinte puis reparte, effectuant une sorte de boucle » (G. Haag citée par N. Garret-Gloanec), toutes ces boucles constituant une sorte de maillage psychique autour de l'enfant.

Une infirmière vient la soutenir à domicile pour qu'elle puisse se réappropriier et réutiliser ce qu'elle a acquis u cours de son hospitalisation.

On rejoint l'hypothèse de Tustin d'une double origine de l'émergence d'une symptomatologie autistique : un bébé hypersensible confronté à une carence communicationnelle de la part d'une mère en souffrance psychique. [204]

Janvier : H, qui continue à beaucoup pleurer la nuit aux dires de sa maman, se montre de plus en plus attentive aux bruits et personnes qui l'entourent. Elle peut manifester activement sa volonté (« saute » sur elle-même, tend les bras). Elle sourit à sa mère lorsqu'elle l'aperçoit, manifestation d'affection qui participe de la parentalisation de madame à son égard. Elle peut chercher du réconfort dans le regard des soignants lorsque la colère de sa mère l'étonne et l'effraie.

Madame reste peu stimulante pour sa fille.

24/01 (7 mois) : « *Madame semble tristounette, peu motivée, peut-être fatiguée. Pendant le bain, l'ambiance est sereine mais on ne note pas beaucoup d'interaction. La maman fait, H se laisse faire, joue un peu seule, semble absente à un moment quand je lui présente un jeu. Elle se tourne vers moi quand je lui parle, ébauche un demi-sourire et repart vers autre chose. Par contre, elle suit parfois les mouvements maternels et semble déstabilisée quand sa maman sort un court instant.* »

On retrouve donc les données cliniques d'observation directe [181] qui notent des interactions discontinues et moins fréquentes (au niveau du regard et des mimiques, des échanges verbaux et tactiles, à l'exception des interactions kinesthésiques souvent augmentées en raison d'une surstimulation maternelle qui peut favoriser l'accrochage physique du bébé à sa mère), moins marquées par la mutualité, la réciprocité et la transmodalité (les mères témoins, restant sur un mode imitatif simple et non transformatif).

Repas en face à face observé par la psychologue : « *Madame S paraît de nouveau très fatiguée aujourd'hui. Elle lutte contre le sommeil. Il faut dire que la scène d'interaction est peu stimulante. Madame se tient la tête, ne parle pratiquement pas ou chuchote quelques mots. H regarde dans le vague ou fixe des éléments non humains de l'environnement proche. Elle continue de regarder plutôt la silhouette dans son ensemble que le visage. Ce qui la fait réagir par un sourire (bref), c'est la voix ou même le son habituel de sa maman « tss tss ». C'est ce qui a sur elle le plus d'impact stimulant. En l'absence de sa maman, sortie de la pièce, dont elle suit la silhouette du regard, elle semble s'égayer, s'animer. Elle s'essaie à des sons rauques associés à des gestes vifs. A signaler aussi, qu'au moment où*

sa maman parvient à capter son regard s'en suit un début de régurgitation de type « haut le cœur ». »

Devant ces signes visuels de « desafférentation sensorielle » (Carel 1981 cité dans [92]), ces agrippements autosensuels aux sources externes d'excitation et cette attitude indifférenciée face aux objets humains ou non humains, on évoque la constitution d'une « peau psychique-substitut » susceptible de protéger les éléments épars du self d'une expérience catastrophique (Ciccone 2001 p.274 [92]). L'absence d'une peau psychique adéquate, maintenant le nourrisson rassemblé dans sa vie mentale, s'origine d'un déficit de la fonction contenante, assurée initialement par la mère puis introjectée par le nourrisson. Celui-ci résulte soit d'une inadéquation maternelle (capacité de rêverie inopérante, holding physique et psychique défaillant, accordage affectif et partage émotionnel inexistant...) soit de l'incapacité du nourrisson à profiter des qualités psychiques de son environnement maternant (intolérance à la frustration, hypersensibilité, altérations neurophysiologiques...), soit de la rencontre des deux.

« L'agrippement aux et par les manœuvres autistiques assure la survie psychique temporaire mais entrave le processus de naissance à la vie psychique » (Ciccone, 2001, p.274 [92]).

Février : Madame S et H sont en forme. Madame S obtient le statut officiel de demandeur d'asile. Mère et fille partagent de bons moments à l'occasion du bain ou en salle d'éveil. H commence à vocaliser par monosyllabes « da, da, ta, ta, ... », elle joue et rie aux éclats. Madame S est attentive et attentionnée.

Il persiste quelques moments inquiétants où le regard d'H se perd ou « plafonne », où elle semble fascinée par ses mouvements de mains...

4/02 (7 mois) : « *Arrivée à 9h30, madame S laisse H au Home pendant qu'elle va au secours populaire (jusqu'à midi). H est à l'aise, elle semble confiante et très détendue. Pendant le temps tapis en salle d'éveil, H, assise sur un tapis, regarde beaucoup en direction du miroir. Elle attrape les objets avec difficultés car elle a du mal à ajuster et coordonner ses deux mains. Son regard est étrange : parfois il capte le regard du soignant parfois il se perd dans le vide. H s'appuie beaucoup sur les bruits, écoute les voix, sursaute de temps en temps (porte qui claque). H attrape beaucoup les mains du soignant et joue en les portant près de son visage. Elle semble captivée par ses doigts, les éloignent et les approchent. »*

Les repas restent difficiles : H évite souvent activement de regarder sa mère (même lorsque celle-ci l'interpelle) et refuse rapidement de poursuivre son repas ou se laisse nourrir passivement « *comme par automatisme, le regard dans le vide* ».

11/02 : « *Pendant le temps de repas, madame S est plus disponible que les jours précédents, elle s'adresse davantage à sa fille. Cette dernière est assise sur les genoux de sa maman et peut, si elle lève les yeux, voir son visage. Je ne constate que deux échanges furtifs de regard : l'un du fait de H et l'autre parce que sa maman l'appelle. Dans les deux cas, le regard de H glisse, ne se fixe pas. Question quantité, H a très bien mangé mais je continue à penser qu'il existe un accrochage sensoriel auditif qui la détourne de sa maman. A la fin, posée en face à face à bonne hauteur, elle regarde le « décor » autour du visage maternel. Madame S s'en rend compte et l'appelle mais H ne se recentre pas davantage. Madame S émet alors le son qui fait habituellement sourire H : « tss...tss » ; cela déclenche un sourire « adressé au son », ce qui se poursuit par un câlin. »*

On ne peut s'empêcher de mettre en lien les difficultés d'H à croiser le regard de sa mère avec l'impossibilité pour madame de soutenir la vision (vécue comme accusatrice et persécutrice) de cette enfant. L'accrochage fondateur du regard partagé mère-enfant ne peut se mettre en place. Devant ce bébé qui ne peut se regarder dans les yeux de sa mère, on pense au rôle de miroir que Winnicott attribue à la mère [214]. Ses yeux ne se contentent pas de renvoyer au bébé un reflet strictement identique à la réalité, elle lui montre une image de lui empreinte de son propre psychisme. Le bébé se voit donc non pas tel qu'il est, mais tel que sa mère le voit. Que peut bien découvrir H dans les yeux de sa mère pour qui elle incarne les souffrances subies dans la violence et l'humiliation ? De plus, une mère déprimée, autocentrée sur sa propre souffrance, peut en arriver à ne plus voir son bébé. Or, si celui-ci ne se retrouve pas dans le regard maternel, ce qu'il y voit c'est le visage de sa mère, ses états d'âme et la rigidité de ses défenses. Alors « la menace de chaos se précise et le bébé organise son retrait ou ne regarde rien » [214]. L'absence de système de pare-excitation et de fonction miroir de la mère, jointe aux défaillances du holding, empêche la maturation du moi et laisse le bébé face « à une angoisse inimaginable » [214].

« Mais, dire que le bébé qui regarde sa mère voit ses yeux en train de le regarder, c'est aussi dire que la mère qui regarde son bébé le voit en train de la regarder. C'est dans ce miroir, celui des yeux de son enfant, qu'elle peut jouir de son identité maternelle et accéder à une maternalité heureuse » ([122] p.188). Cette mère qui ne peut regarder son enfant, ne peut pas non plus se voir dans les yeux de celui-ci. L'épanouissement de son sentiment de maternalité est entravé et l'harmonie des interactions dyadiques menacée.

Séance de psychomotricité, **4 mars 2005 (8 mois)** : « Mme S participe activement, aimerait qu'H fasse davantage : « elle est paresseuse », petits sons de déception / agacement Madame est déçue, il lui est difficile d'entendre qu'H ne peut pas : « elle ne fait pas d'efforts ». Elle a besoin qu'on valorise H.

H : attentive, en relation, me dévisage beaucoup, participante.

Petite fille très hypotonique.

- Position assise : tirée en position assise, participe activement juste au début, puis trop difficile pour sa tonicité → relâche tout (5 mois). Tient assise seule en appui sur ses membres inférieurs (5 mois).
- Retournement : dos → côté : ébauche seulement (pas à 4 mois). Bascule côté → ventre : une fois. Se retourne une fois dos → ventre (déséquilibre) en me regardant.
- Sur le ventre : spontanément posture de repos (tête au sol). Sollicitée, elle peut se redresser quelques secondes en appui sur les avant bras, tête à 90°C du plan du sol (4 mois).
- Manipulation d'objets : d'une main, passe l'objet d'une main à l'autre (6 mois). Attrape ses pieds avec ses mains.

Ainsi, H présente toujours une hypotonie majeure associée à un retard psychomoteur (niveau moteur de cinq mois à un âge réel de huit mois). On pourrait rapprocher cette inhibition motrice de l'inhibition dépressive de sa mère comme si les pulsions de mort de celle-ci venaient circonvenir les pulsions de vie de l'enfant, l'empêchant de fonctionner comme sous le coup d'un interdit libidinal. Madame S est déçue par les compétences d'H, elle porte sur elle des appréciations dévalorisantes : « elle est paresseuse », « elle ne fait pas d'effort ». Compare-t-elle les efforts qu'elle attend de son enfant à ceux qu'elle-même a dû fournir pour surmonter sa situation, sa dépression ?

A propos de ces troubles moteurs et du vécu douloureux de madame S à ce sujet, on peut citer les travaux de Murray [155]. En étudiant l'influence des comportements néonataux (évalués par l'échelle NBAS de Brazelton) sur l'apparition d'une symptomatologie dépressive chez leur mère, elle a mis en évidence l'importance non seulement de l'irritabilité du nourrisson mais aussi d'un mauvais fonctionnement moteur. Ces particularités du nourrisson diminueraient les occasions d'engagement interpersonnel et altèreraient les indices habituels donnant un sentiment de communication intime avec le bébé (comme par exemple le contact visuel dans les interactions en face à face).

Ainsi, il ne faut pas oublier que le bébé est un partenaire actif de l'interaction, dont le « tempérament » et les caractéristiques comportementales influent sur la qualité des échanges mère-bébé. Un nourrisson indisponible, qui renvoie peu de signaux d'empathie à

sa mère, lui fera ressentir, surtout si ses assises narcissiques sont fragiles ou fragilisées par la maladie, un sentiment d'impuissance et d'inutilité très blessants et culpabilisants.

Madame S se montre très négative envers sa fille, très dure dans son jugement et ses exigences. Est-ce cette agressivité enfouie depuis la conception de ce bébé qui remonte à la surface, ou est-elle déçue, en tant que mère, des difficultés qu'elle perçoit chez son enfant ? Madame S sollicite beaucoup H, aimerait qu'elle fasse plus et mieux, comme si elle souhaitait la voir grandir et s'autonomiser au plus vite pour ne plus avoir à s'en occuper autant. La psychomotricienne souligne que Madame S a besoin qu'on valorise H pour changer son regard sur cet enfant de la honte et de la souffrance, pour l'aider à se débarrasser de ces projections négatives, fantômes et fantasmés du passé, qui parasitent la relation mère-bébé. Qu'est-ce que ce bébé renvoie à madame S de ses souvenirs d'enfance (premier bébé fille de cette mère endeuillée de sa propre mère, isolée dans un pays qui n'est pas le sien), de ses souvenirs de la souffrance physique et psychologique qui a précédé et suivi la naissance de cet enfant, de sa propre image d'elle-même (mère défaillante, malade, incapable de s'occuper seule de ses enfants, incapable de les protéger de la violence de ses pairs) ?

Valoriser H, c'est valoriser madame et favoriser l'installation d'un lien mère-bébé plus serein.

31 mars 2005 (9 mois) : observation infirmière

- *Arrivée* : H est debout aux pieds de sa maman. Elle n'a plus de cheveux (sa maman l'a rasée lundi pour la 2^{ième} fois !) ; elle est vraiment très grande. Quand je lui parle en me rapprochant, sa maman la prend sur ses genoux. H me tend les bras puis se ravise, regarde sa maman qui lui sourit. A nouveau elle me tend les bras. Je la prends, mais là, elle se retourne et tend les bras à sa maman. Je la mets donc dans les bras de sa maman.

- *Comportement* : A plusieurs reprise dans la journée, elle tend les bras ainsi, se blottissant parfois pour un vrai câlin mais aussi avec cette ambivalence observée à l'arrivée : tendant les bras mais refusant le contact en repoussant des bras, voir en tapant fermement devant elle. Elle semble presque pouvoir faire les deux en même temps, s'agripper (en griffant) et repousser.

Je remarque qu'elle place curieusement sa langue, la tordant à l'intérieure de sa bouche. Elle laisse alors tomber sa salive ce qui dégoûte un peu sa maman.

Elle vocalise de façon répétitive mais en variant les consonnes (dada, mama, wawa etc...).

Elle sourit volontiers quand on lui parle et initie le jeu par des grimaces.

Pour s'endormir elle tète sa tétine et joue avec l'étiquette de sa peluche, la caressant du bout des doigts.

Elle se saisit des objets mais le plus souvent elle ne les garde pas dans ses mains pour jouer ou les regarder, elle les lâche de façon involontaire et ne regarde pas où ils tombent. Elle prend beaucoup de plaisir à converser avec son doudou mais essaie aussi, par ce biais, de captiver l'attention maternelle en augmentant le son progressivement jusqu'à crier si besoin.

- Temps tapis : Il lui est toujours difficile d'être sur le ventre, elle proteste immédiatement. Par contre, je la trouve beaucoup plus mobile de façon générale, plus tonique, elle tient mieux sur ses jambes.

Jeux de balle très intéressant avec un début d'imitation pour lancer. Elle rie aux éclats, fait savoir qu'elle veut poursuivre par le regard et une attente visible, battant des bras. La maman participe activement aujourd'hui pendant un long moment mais se fatigue et finit par fermer les yeux. Un soignant prend le relais pour H avec un jeu de cache-cache : jeu difficile pour H, qui ne va pas chercher l'objet caché.

- Bain : H éprouve la même difficulté pour prolonger le jeu dans l'eau.

- Repas : H regarde ses pieds, mange peu et finit par refuser la nourriture en tournant la tête de droite à gauche comme si elle disait non. La maman se manifeste faiblement, parlant bas. Je le lui fais remarquer et hausse moi-même le ton. Madame S interpelle directement son enfant en lui demandant de relever la tête et de la regarder, ce qui semble plaire à H. Le reste du repas se poursuivra dans la joie.

On s'aperçoit qu'H utilise la référence émotionnelle (en regardant sa maman avant d'aller dans les bras de l'infirmière) mais ne semble pas avoir acquis la permanence de l'objet (elle ne va pas chercher l'objet caché).

Madame est toujours peu stimulante pour son enfant qui s'oppose pour la forcer à entrer en interaction. La semaine suivante on la voit tenter vigoureusement d'initier une interaction avec sa mère mais sans succès : « *Sieste avec maman : madame S dort. H est allongée enveloppée dans le même drap. Elle est sur le dos, joue avec ses mains, dit « ma, ma, ma » puis « mama ? » « mama ? » en se tournant vers sa mère. Elle attrape son pull, renouvelle son petit ballet plusieurs fois, sans obtenir de réponse maternelle.* »

H peut donc se montrer très active dans la sollicitation mais la fatigue physique et psychologique (ou la résistance) maternelle empêchent souvent la relation de se nouer.

On pense à l'hypothèse de Carel (1981) selon laquelle la pathologie autistique surviendrait lorsque le travail psychique qui s'opère normalement à l'égard de l'enfant se fige sous l'effet du contre-investissement de l'hostilité parentale (due au fait que l'enfant a réellement ou imaginativement mis la mère en danger de mort ou de folie) et/ou de la lutte anti-dépressive

menée par la mère. Ces deux forces conduisent à méconnaître l'enfant en tant qu'être psychique.

6/ INSÉCURITÉ D'ATTACHEMENT

7 avril 2005 : H semble avoir identifié sa mère comme figure d'attachement, base de sécurité autorisant l'exploration et havre de sécurité refuge en cas de danger. En effet, à neuf mois, alors que sa mère s'est absentée pour la matinée, H se montre triste, renfermée : *« elle ne répond pas aux sourires, ne fixe pas son regard, baisse la tête souvent »*. Sa puéricultrice la trouve distante, absente. *« Elle saisit mollement les jeux, les laisse retomber aussitôt comme s'ils étaient collés, en secouant et retournant toujours mollement la main. Quand elle en saisit un nouveau (toujours à mon initiative : je le lui tends d'abord) elle lâche le premier. Elle ne me regarde pas. Voyant le peu d'accroche au jeu, je reprends les balles qui lui avaient plu la semaines passée. Elle semble ne pas parvenir à les attraper, n'ajuste pas son geste »*.

En l'absence de sa base sécuritaire, H ne parvient pas à se concentrer sur les activités qu'on lui propose. Son système d'attachement est en état d'alerte maximal, son esprit probablement entièrement mobilisé autour de l'absence inquiétante de sa mère, d'un possible doute quant à son retour. En effet, H n'a pu expérimenter la fiabilité de cette figure d'attachement si souvent absente psychiquement et se constituer un sentiment de sécurité interne. Elle ne parvient donc pas à explorer.

L'angoisse d'H monte au fur et à mesure que l'absence se prolonge. *« J'essaie un jeu de retournement mais elle commence à pleurer. Je l'aide à s'asseoir et entonne une petite comptine : « Dansons la capucine » en la mettant debout. Je la tiens par les mains, elle me regarde sans me voir, son visage est triste. »* Elle n'a pas réussi à se constituer une représentation interne de sa mère, stable et indépendante de sa présence physique. Elle tend les bras en geignant, son besoin de proximité physique étant devenu maximal et insoutenable dans cette situation de danger que constitue l'inaccessibilité de la figure

d'attachement. La puéricultrice la prend dans ses bras, H se détend quelques secondes puis la repousse. La puéricultrice la repose. Une autre infirmière arrive et la salue ; H garde un visage fermé. Elle lui tend les bras puis à nouveau la repousse. On ressent bien la détresse de cette petite fille qui ne parvient pas à se rassurer dans des bras autres que ceux de sa mère. Elle ne semble pas avoir assimilé ou incorporé concrètement une « bonne mère » qu'elle peut projeter comme un « objet bon » au travers de la sympathie ([47] p.21). En l'absence d'introjection d'une expérience satisfaisante et sécurisante avec sa mère, H ne peut s'ouvrir au monde extérieur et aux autres.

Devant cet exemple de tristesse abandonnique, on pense aux dépressions anaclitiques décrites par Spitz et à la description de Bowlby pour qui la dépression précoce résulte de la conviction du caractère irrémédiable de la séparation, avec le rôle central de la perte d'espoir et du sentiment d'impuissance [20].

7/ AUTISME PRÉCOCE ?

Cette ambivalence dans le contact physique qu'H manifeste aussi bien avec sa mère qu'avec les infirmières (cf descriptions 31/03 et 7/04) pourrait entrer dans le cadre d'un retrait relationnel de type psychotique. A l'appui de cette hypothèse, la psychomotricienne note, lors d'une séance individuelle de psychomotricité **mi-avril** :

« H présente des troubles de la relation et de la communication majeurs associés à des angoisses de chute ou de morcellement lors de tout changement de position, même minime, voire du simple contact corporel. Le début de la séance s'avère très difficile, H refusant tout mouvement (colère, angoisse), toute posture autre que la position assise. Un essai de retournement avec changement d'appui provoque chez H un véritable mouvement de panique : elle s'arc-boute, crie et ne se calme que dans les bras de sa mère. Finalement, apaisée et contenue par la mélodie de sa comptine préférée chantée par sa référente puis par madame S, H parvient à réaliser quelques manipulations d'objet.

Sa préférence va nettement vers les objets durs et peu brillants qui exercent sur elle une véritable fascination sensorielle. Elle réalise avec l'objet un mouvement latéral en huit, l'éloignant puis le rapprochant successivement de ses yeux.

Elle reste très hypotonique avec un retard psychomoteur important. »

Si l'on reprend la classification de Sauvage (annexe) [184], H présente (ou a présenté) des signes appartenant à chacune des sept catégories citées.

Sur le plan du tonus et de la motricité, on note une absence d'attitude anticipatrice, un défaut d'ajustement postural, une hypotonie, un retard dans les acquisitions psychomotrices et des troubles de la préhension.

En ce qui concerne les perceptions visuelles, on retrouve les anomalies du regard et les fascinations visuelles. On a vu que H pouvait par moment se créer un bain de sensations sécurisant en se balançant de façon stéréotypique.

Sur le plan communicationnel, H présente un babillage monotone et restreint mais utilise et comprend l'expressivité faciale et les gestes de la vie sociale. Elle utilise le pointage proto-impératif mais ne possède pas encore de comportements d'attention conjointe (suivi du regard, pointage proto-déclaratif).

Au niveau des interactions, on a vu son ambivalence dans le contact physique, ses comportements d'isolement où elle semble « *dans son monde* ». Mais elle peut aussi partager des moments de plaisir et se blottir dans les bras.

Si elle se montre attirée voire fascinée par les objets brillants et métalliques, elle possède un doudou qui l'aide à s'apaiser. Son utilisation des jeux est toujours très restreinte : taper et mettre à la bouche.

Ses capacités cognitives sont difficiles à évaluer : elle comprend bien mais a du mal à fixer son attention, se décourage vite et présente un retard de développement.

Pour finir, on se souvient de l'insomnie précoce de H qui ne parvenait pas à se laisser aller au sommeil.

Madame S alterne des temps de stimulation adaptée et des temps où elle semble mettre volontairement sa fille en difficulté : elle lui tend un objet à une distance inaccessible, elle lui donne avec retard ou lui reprend rapidement les objets qu'elle désire. Lorsque H crie, elle s'excuse : « Oh ! Pardon, pardon,... ». Le fait-elle exprès pour voir H réagir, pour se rassurer sur la vitalité de l'enfant ou dans un élan d'agressivité mal contenue envers elle ? La répétition d'expériences paradoxales du type « je m'approche, comme pour interagir, mais je reste de marbre ou je tends un objet, comme si je voulais que tu l'attrapes, mais à une distance juste un peu trop grande », revêt un caractère angoissant, confusionnant et désorganisant pour le bébé qui ne peut plus prendre appui sur la réalité psychique de sa mère pour appréhender le monde extérieur et construire son monde interne. Il risque alors, soit d'inhiber sa curiosité cognitive, soit de s'identifier à ce mode de fonctionnement (sur le type du modèle interne opérant).

La psychomotricienne remarque également que madame ne la tient pas suffisamment, ne l'accompagne pas physiquement dans ses postures. Au lâchage psychique, s'ajoute donc un ressenti de lâchage physique. H ne peut avoir complètement confiance en sa mère pour la retenir, la contenir, la soutenir sans faillir.

De plus, dans une même séance, madame S peut se montrer, alternativement, affectueuse et câline ou dévalorisante (« tu es une peureuse ») et agressive. Quelle image de sa mère et de sa relation à l'autre H peut-elle bien se construire ? La discontinuité, l'imprévisibilité des attitudes de sa mère empêchent H de se construire psychiquement autour de la régularité des macrorhythmes qui autorisent les anticipations [138].

Sur le plan de l'attachement, H a de grandes chances de développer un attachement insécurisé à sa mère (comme 75% des enfants de mères déprimées) : soit sur le mode évitant car toute demande peut être vécue comme intrusive et intolérable par une mère déprimée, soit sur le mode résistant devant l'inconstance des réponses de madame qui oblige H à maintenir en état d'alerte permanent son système d'attachement, soit sur le mode désorganisé face à une mère traumatisée que son enfant perçoit tantôt comme terrifiée tantôt comme terrifiante. En effet, on a vu combien madame peut frôler la maltraitance physique (soins agressifs des orifices nasaux) ou psychologique (dévalorisation) avec ce bébé persécuteur et accusateur.

Ainsi, l'indisponibilité psychique d'une mère déprimée, envahie par ses propres préoccupations, ne permet pas au bébé de se forger un sentiment de sécurité basé sur la fiabilité de sa figure d'attachement.

Mi-mai (10 mois et demi), les relations entre H (dix mois) et sa maman sont toujours tendues. Alors qu'elle semble plus à l'aise dans les bras des soignants qu'elle ne repousse plus lors du portage, il lui arrive de taper ou de griffer le visage de sa maman lorsqu'elle est dans ses bras. Madame S proteste en disant « Non H », H sourit, renouvelle ses mouvements et fait non de la tête. De même que précédemment, madame s'amusait à agacer H pour la faire réagir, H semble prendre plaisir à agresser sa mère sur un mode ludique initiant ainsi un échange entre elles deux. H a-t-elle adopté ce comportement par mimétisme adaptatif ou dans un processus d'identification adhésive ?

Pour Bradley (1991) ces comportements d'opposition (tels que le refus actif de contact visuel, les vocalisations ou gestes de protestation voire d'agression) « jouent un rôle nécessaire et productif dans le développement de l'enfant vers l'âge adulte » car ils ont pour conséquence, dans une situation « suffisamment bonne », de provoquer des tentatives actives de la part de la mère pour interpréter et répondre adéquatement aux signaux de son enfant. H aurait donc appris à capter l'attention de sa mère et se faire comprendre d'elle par ce moyen de communication paradoxal.

En suivant la deuxième hypothèse, on rejoint Meltzer [145] pour qui l'identification adhésive conduit à « l'imitation étroite de l'apparence et du comportement de surface de l'objet, beaucoup plus qu'à ses états ou attributs mentaux ». Processus identificatoire primitif normal qui consiste à s'agripper pour éviter la menace inhérente à chaque expérience de séparation-individuation, il peut devenir pathologique lorsqu'il est utilisé à visée défensive de façon prégnante comme on peut le voir chez l'enfant autiste.

Les temps de repas sont toujours difficiles car H refuse de manger (on pense à l'anorexie du nourrisson déprimé) et madame S ne s'ajuste pas. **12/05** : « *H regarde très peu sa maman. Elle baisse la tête, regarde ses pieds. Avant le repas, déjà, elle avait manifesté des signes de sommeil. Elle avale les cuillérées de purée sans conviction, le regard un peu vide. De temps à autre, elle se tourne vers moi et me sourit. Rapidement, elle agite ses bras en battant l'air droit devant elle quand les cuillérées arrivent, envoyant ainsi valser les aliments. Comme sa maman poursuit, elle montre un écoeurément puis des hauts-le cœur. J'interviens pour signaler qu'H ne semble ne plus vouloir manger. Une nouvelle cuillérée... et à nouveau un haut le cœur : l'aliment ressort de la bouche d'H. Madame S décide de donner le dessert : du fromage blanc. H mangera tout sans signe de rejet ni de plaisir, le regard vague* ».

On voit dans cet extrait combien madame échoue à décoder les signaux d'H qui, dès le début du repas, signifie son désintérêt en évitant activement de croiser le regard de sa mère puis manifeste clairement son refus de toute nourriture supplémentaire par de grands gestes puis une intolérance digestive. Devant l'insistance de madame, elle finira par capituler et se laisser faire, passive et soumise mais « *le regard vague* » comme si elle s'était renfermée sur elle-même pour pouvoir supporter cet environnement qui lui fait violence sans tenir compte de ses désirs et besoins. On imagine les sentiments de solitude et d'impuissance que ce bébé doit ressentir.

H présente toujours quelques mouvements inquiétants où elle semble « *partir dans son monde : elle regarde ses mains entrelacées et leur sourit puis son regard se perd tandis qu'elle continue de sourire béatement. A l'appel de son prénom elle me regarde puis repart* ». Elle se montre très passive dans ses activités, explorant peu les jouets qui lui sont proposés. Elle se tient assise, les bras ballants, observant avec attention autour d'elle ou le regard dans le vague. Elle ne manifeste ni curiosité ni envie, ne prend pas d'initiative mais attend que l'autre la sollicite.

Madame reste très peu stimulante, ne pouvant servir à H de tremplin, base de lancement vers l'exploration.

Par ailleurs, il lui arrive d'utiliser la main de sa référente pour saisir un objet avant de le prendre par elle-même (il faut la maintenir en position libre, avec un bon appui d'arrière plan, pour qu'elle puisse investir le mouvement, explorer son corps et aller vers les objets).

Tenue debout (mi-juin : 11 mois et demi), elle se balance de façon répétitive sous forme d'autostimulation sensorielle. La moindre modification la bloque et la désorganise : un simple contact dans son dos alors qu'elle ne s'y attend pas provoque une bouffée d'angoisse : « *H bat des mains et son regard s'affole* ».

Malgré de nets progrès, H présente toujours un important retard psychomoteur (environ six mois) : à onze mois elle sait se retourner, tient assise, accepte la position sur le ventre mais un temps bref, fait spontanément coucou à son image dans le miroir.

Madame S s'interroge à propos du comportement de sa fille qui l'inquiète et l'agace. Elle la pousse à faire davantage, parfois un peu violemment. Elle qualifie « l'état » de sa fille d' « incompréhensible et d'insupportable » ce qui ravive son agressivité à son égard.

Sur le plan somatique, H présente un strabisme divergent sans anomalie neurologique détectée au scanner. Elle porte des diabolos et on s'interroge sur ses capacités auditives.

Le doute sur l'entrée dans une pathologie autistique persiste.

Cependant les critères d'Hezog et Rathbun (cités par Guedeney, [93]) concernant la dépression du nourrisson s'appliquent parfaitement à la situation d'H : association d'une humeur dysphorique (visage triste ou inexpressif, détournement du regard ou regard vide, pauvreté des affects et irritabilité) à des troubles du comportement (quatre parmi : troubles somatiques, absence de jeu, irritation ou léthargie, angoisse de séparation excessive ou absente, difficultés de comportement, retard de développement concernant surtout le langage et la motricité, difficultés alimentaires et troubles du sommeil).

H peut également partager de bon moments avec sa référente : danser sur l'air de sa comptine préférée, se blottir dans ses bras. Elle peut rire aux éclats, échanger des regards vifs et joyeux, la solliciter (regard, voix et gestes) pour jouer.

8/ EPILOGUE

H a donc présenté un tableau caractéristique d'évitement relationnel considéré comme un indice de dysharmonie interactive : des signes de détournement actif (détournement du regard, hyper extension lors de la prise dans les bras), une attitude d'indifférence aux

sollicitations de l'adulte, des comportements de retrait passif (absence de dialogue tonique), associés à une attention exagérée envers un objet-source de stimulation sensorielle (les jouets du portique), et une préférence pour les choses plutôt que pour les personnes.

Carel [38] insiste sur la dimension interactive et intersubjective de ce symptôme qui, avant de tomber sous le sceau de la pathologie, peut revêtir une fonction signifiante (informatrice du déplaisir) et adaptative (régulatrice normale) dans la dynamique relationnelle en participant de la complexification progressive de l'appareil psychique de l'enfant.

Cependant, la persistance de ce retrait, en association aux autres signes cliniques inquiétants décrits précédemment, nous fait craindre une évolution psychotique, autistique ou dysharmonique.

Toutefois, l'hypothèse de la dépression du nourrisson ne peut être totalement écartée eu égard aux progrès manifestes d'H et au contexte qui a présidé à l'apparition de la symptomatologie.

L'hospitalisation conjointe a permis non seulement de maintenir mais surtout soutenir le lien mère-bébé, d'étayer non seulement la mère souffrante mais aussi son enfant de façon individuelle et dyadique, de favoriser et accompagner un retour à domicile dans les meilleures conditions, matérielles et psychiques, possibles.

En ce qui concerne la dépression maternelle, elle a fourni à la patiente des imagos parentales externes réceptives et tolérantes, support d'identification à une mère suffisamment bonne. Elle s'est proposée en lieu de projection possibles des angoisses, capable de les contenir et les métaboliser, soulageant ainsi l'enfant des projections négatives du contenu intra-psychique de sa mère.

En l'absence d'un père, elle a joué le rôle de tiers, favorisant l'autonomisation psychique de l'enfant et de sa mère.

Elle a aidé la mère à remanier ses représentations favorisant ainsi la bonification de ses interprétations et anticipations créatrices.

En ce qui concerne le retrait du nourrisson, elle a apporté des possibilités de relation duelles autres que maternelles.

Elle a soutenu de manière attentive mais non projective le développement psychomoteur et affectif de l'enfant.

Elle a porté sur lui un autre regard dont, et la mère, et l'enfant, ont pu se saisir.

CONCLUSION

A travers cette vignette clinique, on perçoit l'enchevêtrement de la pathologie de la mère et du bébé, rendant bien hasardeuse la désignation d'un responsable dans la spirale transactionnelle négative qui s'est installée.

Est-ce la dépression de Madame S qui a engendré le retrait relationnel de son enfant ? Ou bien sont-ce les caractéristiques d'H (irritabilité et évitement actif de la relation...) qui ont mis en difficulté sa mère ?

En effet, si de nombreuses recherches confirment l'influence néfaste de la dépression du post-partum sur le développement du bébé, on reconnaît désormais l'impact des caractéristiques intrinsèques du nourrisson sur l'humeur maternelle.

En effet, le bébé se révèle souvent capable de « guérir » sa mère de sa dépression en mobilisant ses forces vitales positives encore présentes mais enfouies sous la grisaille du désespoir. Mais ceci suppose qu'il soit investi de cette capacité, qu'il ne soit pas trop décevant, trop éloigné de l'image fantasmée par la mère. Il peut alors la faire renaître à travers l'avènement du sentiment de maternité.

Inversement, une mère solide sera capable d'aller chercher son bébé au plus profond de son retrait pour le ramener à la vie, le réanimer psychologiquement.

Mais si le bébé se révèle difficile, accentuant les défaillances de sa mère au lieu de les compenser et valoriser ses succès, il favorisera son ressenti d'incompétence confirmant un éventuel fond dépressif.

Si la fragilité narcissique maternelle lui rend insupportable le détournement du regard de son enfant qui la blesse et aggrave son désespoir et son angoisse, elle se pensera et se révélera impuissante à l'aider, chacun confortant l'autre dans son repli.

Ainsi, l'évaluation tant du retrait du nourrisson que de la dépression maternelle ne se conçoit qu'au sein d'une dynamique relationnelle en perpétuelle mutation.

CONCLUSION

Nous avons vu tout au long de ce travail l'importance de l'environnement relationnel dans la construction psychique du bébé.

L'expérience répétée d'interactions harmonieuses est le gage d'un attachement sûr, formidable atout dans l'apprentissage de la réalité intra-psychique et interpersonnelle, tout au long de la vie.

Au stade pré-représentationnel, les informations circulent essentiellement par voie corporelle (sensorialité amodale) et émotionnelle. C'est donc sous forme de sensations et d'affects que

le bébé appréhende le monde extérieur et qu'il nous ait donné d'appréhender le monde interne du bébé.

L'interaction apparaît désormais comme un processus ouvert, siège d'ajustements réciproques permanents, entre deux partenaires actifs, possédant chacun une vie psychique (affective et fantasmatique) selon le modèle de la spirale transactionnelle proposé par Escalona.

Le somatique et le psychique, l'interactionnel et l'attachementiste, l'infantile et le maternel apparaissent tous étroitement liés, dans une interdépendance serrée et inextinguible. Toute atteinte à l'intégrité de l'un ou l'autre des éléments de ce fragile système mettra en péril la stabilité de tous les autres.

La relation d'attachement constitue le cadre affectif dans lequel se déroule cette danse interactive dont la contingence comportementale, affective, fantasmatique et rythmique, favorise l'établissement d'une sécurité d'attachement et l'expression des compétences du nourrisson et de la mère.

Issues de ses propres relations d'attachement infantiles remaniées par ses événements de vie, les représentations maternelles imprègnent sa manière d'interagir avec son nourrisson. Par ce biais interactionnel, elle lui transmet donc ses propres mécanismes défensifs et stratégies conditionnelles, modelant ainsi les patterns d'attachement et la vie fantasmatique de son enfant.

Un caregiving chancelant (conséquence d'une insécurité d'attachement maternelle et/ou d'un bébé constitutionnellement difficile, dans la rencontre de ces deux partenaires-là avec leurs caractéristiques et leur histoire propre), présente le risque d'une dysharmonie interactive mettant en péril le bon développement psycho-affectif et cognitif du nourrisson.

Nous avons vu combien la maladie somatique du bébé, et a fortiori la prématurité, sidère le psychisme maternel, bloquant ses capacités d'identification, d'anticipations créatrices et de métabolisation psychique.

Elle échoue à protéger le nourrisson des stimulations aberrantes dont le cadre hospitalier l'inonde et qui le menacent de la résurgence d'angoisses archaïques désorganisantes. L'accordage entre cette mère traumatisée qui se sent incompétente et ce bébé « différent » qui se sent impuissant, se révèle difficile, tant sur le plan affectif que comportemental. L'accession au sentiment de maternalité (chez la mère) et au sentiment de sécurité (chez le bébé) s'en trouve alors compromise.

Lorsque la souffrance revêt le masque de la maladie mentale, l'intrication des univers maternel et infantile semble encore plus forte.

En raison du contexte traumatique qui entoure sa conception, madame S ne parvient pas à en-visager son enfant qui présente bientôt un comportement actif d'évitement du regard. Le contact œil à œil, fondateur du sentiment de reconnaissance et d'attachement mutuel mère-bébé, ne peut se mettre en place.

La dyade s'installe progressivement dans une précarité relationnelle marquée par la dépression périnatale de madame et le retrait relationnel de l'enfant.

Il semble hasardeux de se prononcer sur l'origine du retard de développement et des difficultés de communication présentées par H : anomalies constitutionnelles mises en lumière par la symptomatologie maternelle ou conséquences durables de l'impact des désaccordages interactifs sur un psychisme naissant ?

Ainsi, les risques de basculer dans une spirale négative apparaissent multiples.

Pourtant, l'expérience montre que nombre de bébés parviennent à surmonter les épreuves et se construisent psychiquement de façon satisfaisante.

Où trouvent-ils les ressources nécessaires ?

En eux, tout d'abord, en un tiers (paternel ou soignant) ensuite.

En effet, le bébé semble doté d'un élan vital, d'une soif de découverte et d'une énergie motrice tout à fait impressionnantes.

Or, si l'on perçoit désormais assez bien l'amplitude de ses compétences sensorielles et motrices précoces, le vaste champ de sa vie psychique nous demeure encore obscur.

C'est probablement à travers l'observation du nourrisson qu'il nous sera donné d'accéder à ses ressentis, prémices corporels d'une élaboration représentationnelle. Mais cette expérience d'écoute d'un langage infra-verbal, émotionnel et corporel, requière des capacités d'attention et de confrontation à l'archaïque qui la rendent délicate...

La triangulation de la relation mère-bébé joue un rôle capital dans l'équilibre précaire de cette périlleuse co-construction.

Par sa capacité à accueillir les angoisses et de la mère et du bébé, le tiers remplit une fonction de contenant psychique.

Médiateur pare-excitant pour le bébé, il fait écran aux projections maternelles.

Par son regard neuf, il contribue à les valoriser chacun dans le regard de l'autre.

C'est donc à lui de jouer ce rôle de « matrice psychique », enveloppe sécurisante et structurante pour ce bébé dont l'existence matérielle et psychique est encore vacillante, holding du holding maternel en soutien de cette « parentalité en sursis ». [122]

ANNEXES

GRILLE D'ÉVALUATION RELATIONNELLE DU NOURRISSON (GERN) CAREL

Sigle et abréviation : NR = non retrouvé I = impossible à déterminer Parent = si oui

LE COMPORTEMENT GENERAL Parent

Clinicien

	Oui	Non	NR	L	
1. Sagesse, gravité excessives ○		○	○	○	○
2. Intérêt spontané faible envers les personnes ○		○	○	○	○
3. Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles	○	○	○	○	○
4. Intolérance aux sollicitations relationnelles	○	○	○	○	○
5. Instabilité excessive des conduites d'attachement	○	○	○	○	○
6. Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices ○		○	○	○	○
7. Tolérance faible aux changements ○		○	○	○	○
8. Variabilité excessive de la vigilance ○		○	○	○	○
9. Faible consolabilité	○	○	○	○	○

LE VISAGE Parent

Clinicien

	Oui	Non	NR	L
--	-----	-----	----	---

10. Orientation faible du visage vers autrui O			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Mimiques émotionnelles peu expressives	<input type="radio"/>						
12. Sourire faible en présence d'autrui	<input type="radio"/>						
13. Mimiques d'imitation pauvres	<input type="radio"/>						
14. Mimiques trop instables - variables O		<input type="radio"/>					
15. Mimiques émotionnelles mal contextualisées O		<input type="radio"/>					

LE REGARD

	Clinicien				Parent	
	Oui	Non	NR	L		
16. Regard peu orienté vers autrui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
17. Recherche rare du contact œil à œil O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18. Regard fuyant, à la dérobée O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19. Regard périphérique, « du coin de l'œil »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
20. Regard flou en « passe muraille »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
21. Regard hyperpénétrant, dur O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22. Regard trop proche, avec « effet cyclope »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
23. Strabisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
24. Nystagmus éphémère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
25. Fixation excessive aux sources lumineuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
26. Désintérêt pour son image dans le miroir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
27. Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28. Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...) O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
29. Attention partagée faible ou absente (Cf. items 89 à 10 mois du O BRL-E : Brunet Lézine révisé : regarde ce que l'adulte regarde)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

L'ECOUTE

Parent

	Clinicien				Parent	
	Oui	Non	NR	L		
30. Réaction faible ou absente à la voix familière O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
31. Peurs auditives excessives O		<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...) O		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LA VOCALITE, LA PREVERBALITE

Parent

	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"/>	
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"/>

LE TOUCHER
Parent

Clinicien

	Clinicien				
	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"/>
42. Intérêt exclusif pour les contacts et les jeux moteurs	<input type="radio"/>				
43. Stimulations tactiles répétitives	<input type="radio"/>				
44. Sensibilité insuffisante à la douleur	<input type="radio"/>				

LA PREHENSION

Clinicien

Parent

	Clinicien				Parent
	Oui	Non	NR	L	
45. Inertie préhensive		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Approche avec le buste seul, bras inertes	<input type="radio"/>				
47. Préhension hésitante (« le cube brûlant »)	<input type="radio"/>				
48. Contact par effleurement, du bout des doigts		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Brièveté de la saisie palmaire	<input type="radio"/>				
50. Atypie de la pince fine	<input type="radio"/>				
51. Désintérêt visuel pour l'objet tombé-jeté (« signe des oubliettes »)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Non réalisation du jeu de jeter-ramasser	<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"/>
54. Jeu répétitif, stéréotypé avec un objet		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LA GESTUALITE

Clinicien

Parent

	Clinicien				Parent
	Oui	Non	NR	L	
55. Gestualité émotionnelle peu expressive	<input type="radio"/>				
56. Imitations gestuelles faibles ou absentes	<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"/>				
58. Jeu de mains ou de pieds répétitifs ou atypique		<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"/>
60. Découplage du regard et de la gestualité	<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"/>	
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"/>

LA POSTURE

	Clinicien				Parent
	Oui	Non	NR	L	
66. Hypotonie atypique, variable		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Hypertonie atypique, variable	<input type="radio"/>				
68. Accès d'hypertension axiale		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Trouble de l'ajustement postural lors du maintien par autrui	<input type="radio"/>				
70. Balancement postural (y compris rythmies excessives d'endormissement)	<input type="radio"/>				

LA LOCOMOTION

	Clinicien				Parent
	Oui	Non	NR	L	
71. Hypoactivité motrice	<input type="radio"/>				
72. Hyperactivité motrice	<input type="radio"/>				
73. Appui palmaire en position assise évité	<input type="radio"/>				
74. Appui plantaire en position debout évité	<input type="radio"/>				
75. Appui ventral évité		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Angoisse très vive en position ventrale		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Retournement dos-ventre évité	<input type="radio"/>				
78. Ramper évité	<input type="radio"/>				
79. Quadripédie évitée		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Déplacement atypique sur les fesses		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Marche debout sur la pointe des pieds		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Marche en pantin, jambes raides et écartées		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Tronc et membres supérieurs rigides lors de la marche		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Découplage de la marche et du regard		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Dextérité locomotrice atypique	<input type="radio"/>				

Carel, *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 2000, p.385-387

ECHELLE ALARME DETRESSE BEBE

(ADBB) Guédeney

Chaque item est coté de 0 à 4 :

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement anormal
- 3 : Comportement nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

1. Expression du visage

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

- 0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.
- 1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.
- 2 : Peu de mobilité faciale spontanée.
- 3 : Visage immobile, triste.
- 4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

2. Contact visuel

Evaluation de la réduction du contact visuel

- 0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.
- 1 : Contact visuel spontané, mais bref.
- 2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.
- 3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.
- 4 : Refus total de contact visuel.

3. Activité corporelle

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

- 0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3 : Faible activité en réponse à la stimulation.
- 4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4. Gestes d'auto-stimulation

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale.

Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

- 0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.
- 1 : Auto-stimulation fugitive.
- 2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.
- 3 : Auto-stimulation fréquente.
- 4 : Auto-stimulation constante.

5. Vocalisations

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs)

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.

1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).

2 : Pleurs quasi constants.

3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.

4 : Aucune vocalisation.

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher).

Note: ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

0 : Réaction adaptée, vive et rapide.

1 : Réaction légèrement retardée.

2 : Réaction nettement retardée.

3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.

4 : Absence totale de réaction.

7. Relation

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.

2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.

3 : Doute sur l'existence d'une relation.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. Attractivité

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte.

Total

Guédénéy, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1999, 1

CLASSIFICATION DE HOUZEL

1 / Attitude de sagesse particulière :

- indifférence à l'égard du monde extérieur (personnes et objets)
- désintérêt pour les jouets et activités de jeux

2/ Anomalies perceptives :

- indifférence à la voix humaine donnant parfois une impression de surdité
- anomalies du regard :  vitement du regard d'autrui, poursuite oculaire anormale, regard périphérique ou par coup d'œil voir strabisme

3/ Troubles tonico-posturaux et psychomoteurs :

- absence d'attitude anticipatrice (l'enfant ne tend pas les bras vers la personne qui va le prendre)
- défaut d'ajustement postural (l'enfant n'ajuste pas son corps à celui qui le tient : « poupée de son »)
- hypotonie
- retard dans les acquisitions psychomotrices

4/ Non apparition des organisateurs de Spitz :

- absence de sourire-réponse à 2-3 mois
- absence d'angoisse de l'étranger à 8 mois
- absence d'angoisse de séparation

5/ Phobies massives, atypiques et mal organisées :

phobie de certains bruits , par exemple bruits des appareils ménagers

6/ Troubles somatiques fonctionnels :

- troubles oroalimentaires : problèmes de succion, anorexie très précoce
- troubles sphinctériens : constipation fonctionnelle
- troubles du sommeil : insomnie agitée ou silencieuse

7/ Troubles du langage :

gazouillis et babillages absents , retardés ou atypiques

8/ Troubles du comportement :

- stéréotypies (fascination visuelle par les jeux de mains)
- intenses moments de retrait autistique
- intérêt compulsif pour des objets insolites (durs, froids)
- autoagressivité

CLASSIFICATION DE SAUVAGE ENRICHIE DES DONNÉES RÉCENTES DE LA LITTÉRATURE

1/ Motricité et tonus :

- absence d'attitude anticipatrice
- défaut d'ajustement postural
- hypotonie ou dystonie
- retard dans les acquisitions psychomotrices
- troubles de la préhension
- démarche « pataude » ou « précieuse », maniérisme des mains et postures inhabituelles
- stéréotypies gestuelles et positionnelles (balancements)
- autoagressivité

2 / Perceptions :

Ornitz (1977) décrit une modulation défectueuse des afférences sensorielles : il constate une alternance d'hypo ou hypersensibilité aux mêmes stimuli (douleur, son, texture...) chez un même enfant.

- *audition* : ne s'oriente pas à son nom, impression de surdité, intérêt exclusif pour certains bruits, réaction de peur à certains bruits voire véritables phobies, réactions paradoxales au bruit (pas de réaction à un bruit fort mais réaction pour un son très faible), provoque certains bruits itérativement.
- *vision* : anomalies du regard : vision périphérique, regard vide « à travers les gens », évitement du regard d'autrui, contact œil à œil difficile, poursuite oculaire réduite, regard proximal « cyclope », parfois strabisme. ne suit pas des yeux, ne s'oriente pas vers les stimuli visuels, de temps en temps, de furtifs coups d'œil en direction de l'adulte (à condition qu'on ne le regarde pas) témoignent de sa prise de conscience d'autrui fascinations visuelles (ses mains, son mobile...)
- *perceptions tactiles* : aime caresser, tapoter, gratter les surfaces mauvaise coordination occulo-manuelle aime le contact des objets durs et froids
- *perceptions vestibulaires* : intérêt pour les objets qui tournent induit activement des stimulations vestibulaires et proprioceptives (secouer la tête, se balancer, tourner) : se crée un bain de sensations par le mouvement

3/ Communication verbale et non verbale

- *expression* : anomalie du cri, trop monotone et non interactif babillage monotone pas de joie à l'apparition du premier mot et pas de généralisation du concept, acquisition passive et non par un traitement actif de l'expérience voix off : l'enfant semble ne pas être la source de sa parole capacités expressives non verbales pauvres ou idiosyncrasiques (pas de mimique expressive) gestes non utilisés comme substituts à la parole : ne pointe pas du doigt, difficultés à imiter les mouvements et la voix d'autrui

- *compréhension* : compréhension verbale altérée
compréhension des expressions faciales et gestes d'autrui difficile : il doit donc « apprendre » ces règles de la communication non verbale qui régissent la vie sociale

4/ Interactions

- attitude de sagesse particulière : ne demande rien , semble ne pas avoir besoin de l'autre
- pas d'apparition des organisateurs de Spitz
- indifférence à l'égard du monde extérieur (personnes et objets) : n'écoute pas quand on lui parle , ne réagit pas à l'appel de son nom , est insensible à la présence d'autrui
- « il vit dans son monde »
- préfère être seul
- n'essaie pas d'attirer l'attention de l'adulte sur ses activités
- absence de partage de plaisir
- absence de comportements d'attention conjointe
- utilise des parties du corps de l'autre qui se sent « chosifié »
- aversion du contact physique
- absence d'expression d'émotion
- réactions empathiques face à la détresse de l'autre moins fréquentes et moins marquées

5/ Utilisation des objets

- ignore les jouets
- choisit des objets inhabituels (durs et froids , anguleux ...)
- n'a pas d'objet préféré , de « doudou »
- utilise les objets de manière bizarre : effleure, flaire, tripote, jette, secoue, fait rouler
- utilise les objets de façon stéréotypée
- approche de l'objet hésitante : signe du cube brûlant
- le jeu fonctionnel est moins fréquent et le jeu symbolique n'apparaît pas
- pas de jeu d'imitation

6/ Fonctions cognitives

- retard du développement
- pauvreté des intérêts et des occupations
- troubles de la compréhension et du raisonnement
- défaut d'attention
- difficulté à appréhender le monde mental de l'autre

7/ Fonctions instinctives

- insomnie précoce : agitée , avec excitation motrice voire autoagressivité , ou calme , avec de longues périodes silencieuses
- troubles alimentaires : anorexie précoce parfois accompagnée de vomissements
- variations de la régulation thermique au cours des premiers mois

EVALUATION RESUMEEDU COMPORTEMENT AUTISTIQUE DU NOURRISSON

(E R C A – N) Sauvage

I – Troubles de la communication, des interactions, du comportement social : items 1 à 10 et 20-21

II – Troubles posturomoteurs : items 14-15-16-17-18

III – Troubles émotionnels : items 11-12-22-23-24

IV – Troubles perceptifs et des conduites avec les objets : items 13-19-25 et 28 à 32

V – Troubles à expression somatique : items 26-27

VI- Variabilité des troubles : item 33

	Absent	Léger	Moyen	Fort	Très fort	Sans avis
Mettre une croix dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte	0	1	2	3	4	?
1. Ignore les autres.....						
2. Préfère être seul.....						
3. Interaction insuffisante (et/ou échanges rares)						
4. Pas de sourire.....						
5. Pas de contact par le regard.....						
6. Regard inadéquat.....						
7. Absence de communication par la voix.....						
8. Absence de mimiques expressives.....						
9. Absence de gestes et/ou d'attitudes expressifs						
10. N'imité pas les gestes, la voix d'autrui.....						
11. Enfant trop calme.....						
12. Enfant trop excité.....						
13. Utilisation inappropriée des objets.....						
14. Stéréotypies.....						
15. Activité motrice réduite.....						
16. Hyperactivité motrice.....						
17. Enfant « trop mou ».....						
18. Attitudes posturales inhabituelles.....						
19. Autoagressivité.....						
20. Hétéroagressivité.....						
21. Ne différencie pas les personnes.....						
22. Ne manifeste pas						

d'émotions.....						
23. Pleurs ou rires immotivés.....						
24. Ne tolère pas la frustration ; colères.....						
25. Ne tolère pas les changements.....						
26. Troubles alimentaires.....						
27. Troubles du sommeil.....						
28. N'aime pas être touché, caressé.....						
29. Intérêt exclusif pour les contacts corporels.....						
30. Attention difficile à fixer.....						
31. Indifférence au monde sonore.....						
32. Réaction paradoxale ou sélective aux sons.....						
33. Variabilité des comportements.....						

Sauvage, *Devenir*, 1994, 4, 71-85

BIBLIOGRAPHIE

1. **Adrien et al** : "Evaluation des signes précoces dans l'autisme de l'enfant à l'aide de l'échelle ECA-N, *Devenir*, 1994, 6, 4, 71-85
2. **Ainsworth et al** : *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*, Erlbaum, 1978
3. **Ainsworth** : "Attachment beyond infancy", *American psychologist*, 1989, 44, 709-716
4. **Ajuriaguerra** : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, 1974
5. **Anzieu** : *Le Moi-Peau*, Dunod, 1985
6. **Atger** : « Les concepts de base de la théorie de l'attachement », *Perspectives psychiatriques*, 2003, 2, 93-101
7. **Aulagnier** : « Quelqu'un a tué quelque chose », *Topique*, 1985, 35-36, 265-295
8. **Aussilloux** : « Evaluation de l'autisme et des psychoses précoces », *Parents et professionnels devant l'autisme*, CTNERHI, 1997
9. **Baird** : "Diagnosis of autism", *BMJ*, 2003, 327,488-493
10. **Baron-Cohen, Leslie, Frith** : « Does the autistic child have a « theory of mind » ? », *Cognition*, 1985, 21, 37-46
11. **Baron-Cohen** : "Can autism be detected at 18 months ?", *British journal of psychiatry*, 1992, 161, 839-843
12. **Belsky** : "Interactional and contextual determinants of attachment security" in Cassidy , *Handbook of attachment*, The Guilford press, 1999, 249-264
13. **Ben Soussan** : *Le bébé à l'hôpital*, Syros, 1998 (1995)

- 14. Bick** : « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », 1968 in Harris et Bick, *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Editions du hublot, 1998, 135-139
- 15. Bion** : « Une théorie de l'activité de pensée », 1962 in *Réflexion faite*, PUF, 1983, 125-135
- 16. Bion** : *Aux sources de l'expérience*, PUF, 1979
- 17. Boris** : "The clinical assesment of attachment in children under five", *Journal of american academy of child and adolescent pschiatry*, 1997, 36, 291-293
- 18. Bouchard-Godard** : « Un étranger à demeure », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1979, 19, 161-175
- 19. Bower** : *Le développement psychologique de la première enfance*, Pierre Mardaga, 1978
- 20. Bowlby** : *Attachement et perte* tome 1 : l'attachement, tome 2 : la séparation, tome 3 : la perte, PUF, 1978 et 1984
- 21. Braconnier, Sipos** : *Le bébé et les interactions précoces*, PUF, 1998
- 22. Brazelton, Cramer, Kreisler** : *La dynamique du nourrisson*, ESF, 1982
- 23. Brazelton** : « Echelle d'évaluation du comportement néonatal », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1983, 2-3, 61-96
- 24. Bretherton** : « Attachment theory : retrospect and prospect », *Monographs of the society for research in child development*, 1985, 1-2, 3-35
- 25. Bretherton** : "New perspectives on attachment relationships : security, communication and internal working models" in *Handbook of infant development*, Osofsky,Wiley, 1987, 1061-1100
- 26. Bril** : « Rôle de la niche de développement sur les expériences précoces de l'enfant » in Cupa, *En famille à l'hôpital*, 1997, 137-158

- 27. Brunstein** : « Attention visuelle et interaction mère-bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde », *Psychiatrie de l'enfant*, 2003, 2, 549-578
- 28. Buitelaar** : "Verbal memory and performance IQ predict theory of mind and emotion recognition ability in children with spectrum disorders and psychiatric control children", *Journal of child psychology and psychiatry*, 1999, 6, 869-881
- 29. Bullinger** : « Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson », *Motricité cérébrale*, 1996, 17, 21-32
- 30. Bullinger** : « Le bébé prématuré, acteur de son développement », *Enfance*, 1999, 1, 27-32
- 31. Bu'Loch and al** : "Development of coordination of sucking, swallowing and breathing : ultrasound study of term and preterm infants", *Development medicine and child neurology*, 32, 669-678, 1990
- 32. Bursztejn** : « Peut-on dépister l'autisme avant trois ans ? », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2000, 8, 478-481
- 33. Bydlowski** : *Des mères et leurs nouveau-nés*, ESF, 2002
- 34. Candilis Huisman, Casati** : *La construction des liens familiaux pendant la première enfance*, PUF, 1995
- 35. Campbell** : « Le bébé qui voit, mais ne regarde pas », *Devenir*, 1991, 1, 62-78
- 36. Campos, Sternberg** : "The perception of appraisal and emotion : the onset of social referencing" in Lamb and Sherrod, *Infant social cognition*, Erlbaum, 1981, 273-314
- 37. Carel** : *Le nourrisson et sa famille*, Césura Lyon Edition, 1990
- 38. Carel** : « Evitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce », *Psychiatrie de l'enfant*, 2002, 1, 171-205

- 39. Carpenter** : *Visual regard of moving and stationary faces in early infancy*, Merrill Palmer, 1974, 181-194
- 40. Cassidy** : "The nature of child ties" in Cassidy, *Handbook of attachment*, The Guilford press, 1999, 3-20
- 41. Chabrol, Le Camus** : « Comment la dépression influence-t-elle le décodage des émotions du bébé », *Enfance*, 1995, 3, 337-355
- 42. Charavel** : « Evolution de l'attitude des mères d'enfant prématuré et des mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé : une étude éthologique de la naissance à 6 mois », *Psychiatrie de l'enfant*, 2000, 1, 175-206
- 43. Charman** : "Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population", *British journal of psychiatry*, 1996, 168, 158-163
- 44. Chatwin et al** : "Maternal perception of the preterm infant", *Early child development and care*, 1993, 87, 63-82
- 45. Chodoff et al** : "Stresses, defenses and coping behavior : observation in parents of children with malignant disease", *American journal of psychiatry*, 1963, 120, 743-769
- 46. Ciccone, Lhopital** : *Naissance à la vie psychique*, Dunod, 2001 (1991)
- 47. Ciccone** : « L'éclosion de la vie psychique » in *Naissance et développement de la vie psychique*, Eres, 2003, 11-37
- 48. Cohen-Solal, Golse** : *Au début de la vie psychique*, Odile Jacob, 1999
- 49. Cohn et Tronick** : « Three month old infant's reaction to simulated maternal depression » *Child development*, 1983, 54, 185 -93
- 50. Cohn et al** : « Face to face interactions of post-partum depressed and non-depressed mother-infant pair at two months", *Development psychology*, 1990, 26 (1), 15-21
- 51. Condon, Sander** : "Neonate movement is synchronized with adult speech : interactional participation and language acquisition", *Science*, 1974, 183, 99-101

- 52. Cosnier** : « Observation directe des interactions précoces ou les bases de l'épigenèse interactionnelle », *Psychiatrie de l'enfant*, 1984, 1, 107-126
- 53. Coutrona, Troutman** : "Social support, infant temperament and parenting self-efficacy : a mediational model of post-partum depression", *Child Development*, 1986, 57, 1507-1518
- 54. Cramer, Palacio-Espasa** : *La pratique des psychothérapies mère-bébé*, PUF, 1993
- 55. Crittenden** : "Children's strategies for coping with adverse home environments : an interpretation using attachment theory", *Child abuse and neglect*, 1992, 3, 329-343
- 56. Crowell et al** : "Discriminant validity of adult attachment interview", *Child development*, 1996, 67, 2584-2599
- 57. Cummings, Davies** : « Maternal depression and child development », *Journal of child psychology and psychiatry*, 1994, 35, 1, 73-112
- 58. Cupa, Lebovici** : *En famille à l'hôpital*, La pensée sauvage, 1997
- 59. David, Apple** : « La relation mère-enfant : étude de cinq « patterns » d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an », *Psychiatrie de l'enfant*, 1966, 2, 45-53
- 60. Debray** : *Bébés / mères en révolte*, Le Centurion, 1987
- 61. Decerf** : « Les interactions précoces de la mère et de l'enfant et la naissance de la vie psychique », *Psychiatrie de l'enfant*, 1987, 2, 501-517
- 62. Delzenne et al** : « Vers un soin précoce de la dépression du post-partum, travail en réseau et résultats », *Psychiatrie de l'enfant*, 1996, 1, 297-331
- 63. Druon** : *A l'écoute du bébé prématuré*, Flammarion, 2005
- 64. Dugnat** : *Le monde relationnel du bébé*, Eres, 2001 (1997)

- 65. Eckerman et al** : “Premature newborns as social partners before term age”, *Infant behavior and development*, 1994, 17, 55-70
- 66. Emde, Sameroff** : *Les troubles de relations précoces*, PUF, 1993
- 67. Erikson** : *Enfance et société*, Delachaux et Niestlé, 1966
- 68. Escalona** : *The roots of individuality : normal patterns of development in infancy* , Adline Publishing Company, 1968
- 69. Ferrari** : “Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d’une psychose infantile précoce”, *Psychiatrie de l’enfant*, 1991, 1, 35-97
- 70. Field et al** : “Discrimination and imitation of facial expressions by term and preterm neonates”, *Infant Behavior and Development*, 1983, 6, 485-489
- 71. Field** : « Early interaction between infants and their post partum depressed mothers », *Infant Behaviour Development*, 1984, 7, 517-522
- 72. Field et al** : « Infants of depressed mothers show « depressed » behaviour even with nondepressed adults », *Child Development*, 1988, 59, 1569-1579
- 73. Fivaz** : « Les microprocessus dans le dialogue précoce », *Psychiatrie de l’enfant*, 1987, 1, 105-165
- 74. Fonagy et al** : “The capacity for understanding mental states : the reflective self”, *Infant mental health journal*, 1991, 13, 201-218
- 75. Fonagy, Steele** : “Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age”, *Child Development*, 1991, 62, 891-905
- 76. Fonagy** : *Théorie de l’attachement et psychanalyse*, Eres, 2004
- 77. Fraiberg** : *Fantômes dans la chambre d’enfants*, PUF, 1989
- 78. Freud** : « L’inquiétante étrangeté » in *Essais de Psychanalyse Appliquée*, 1919, 163-210

- 79. Frodi et al** : « Fathers' and mothers' responses to infants' cries and smiles », *Infant behaviour and development*, 1978, 1, 187-198
- 80. Gauthier, Lebovici, Mazet** : *Tragédies à l'aube de la vie*, Bayard, 1993
- 81. Gauvain-Piquard** : « Le nourrisson qui a mal », *Devenir*, 1990, 1, 2, 10-22
- 82. George et Solomon** : "Representational models of relationships : links between caregiving and attachment", *Infant mental health journal*, 1996, 17, 198-216
- 83. George et Solomon** : "Attachment and caregiving : the caregiving behavioral system" in Cassidy, *Handbook of attachment*, The Guilford press, 1999, 649-670
- 84. Gibello** : *L'enfant à l'intelligence troublée*, Le Centurion, 1984
- 85. Golse** : *Du corps à la pensée*, PUF, 1999
- 86. Golse** : *Bébés en réanimation : naître et renaître*, Odile Jacob, 2001
- 87. Golse** : « Penser la transmission transgénérationnelle » in Dugnat, *Le monde relationnel du bébé*, Eres, 2001, 149-159
- 88. Green** : "La mère morte" in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Gallimard, 1983
- 89. Greenberg** : "Attachment and psychopathology in childhood" in Cassidy, *Handbook of attachment*, The Guilford press, 1999
- 90. Grice** : « Logique et conversation », in Barthes, *La conversation*, Seuil, 1979
- 91. Grossman et al** : "Maternal attachment representation as related to patterns of attachment and maternal care during the first year" in Hinde, *Relationships within families : mutual influences*, Clarendon, 1988, 241-260
- 92. Grossman** : "The wider concept of attachment in cross-cultural research", *Human development*, 1990, 1, 31-47

- 93. Guedeney** : « De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1999, 1-2, 63-71
- 94. Guedeney** : *L'attachement*, Masson, 2002
- 95. Gunnar, Donzella** : "Social regulation of the cortisol levels in early human development", *Psychoneuroendocrinology*, 2002, 27, 199-220
- 96. Haag** : « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1985, 2-3, 107-114
- 97. Haag** : "Contributions à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1997, 20
- 98. Haith** : *Rules that babies look by*, Erlbaum, 1980,
- 99. Halfon et al** : "A propos de la transmission intergénérationnelle : paradigme psychanalytique et paradigme de l'attachement forment-ils un alliage impur ? », *Psychiatrie de l'enfant*, 1997, 2, 625-648
- 100. Hamilton** : "Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence". 2001. Cité dans : Fonagy, *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, Eres, 2004
- 101. Harrison and al** : "Mother and father interactions over the first year with term or preterm infants", *Research in nursing and Health*, 1996, 19, 451-459
- 102. Hobson** : « Beyond cognition : a theory of autism » in Dawson, *Autisme : nature, diagnosis and treatment*, Guilford press, 1989, 22-48
- 103. Holditch-Davis** : « The development of sleeping and waking states in high-risk preterm infants », *Infant Behaviour and Development*, 1990, 13, 513-531
- 104. Hopkins** : « Echec du « holding » », *Devenir*, 1992, 4, 4, 49-
- 105. Houzel** : « Les applications thérapeutiques de l'observation directe dans le champ de la psychiatrie », *Devenir*, 1994, 2, 6, 79-86

- 106. Howes** : "Attachment relationships in the context of multiple caregivers" in Cassidy, *Handbook of attachment*, The Guilford press, 1999, 671-687
- 107. Johnson et al** : « Can autism be detected on the basis of infant screening test ? », *Developmental medicine and child neurology*, 1992, 31, 316-320
- 108. Johnston, Stevens** : "Experience in a neonatal intensive care unit affects pain responses", *pediatrics*, 1996, 98, 5, 925-930
- 109. Kagan** : "Structures and processes in the human infant : the ontogeny of mental representation" in Bornstein, Kessen, *Psychological development from infancy. Image to intention*, Wiley, 1979, 159-183
- 110. Kagan** : *The nature of the child*, Basic books, 1984
- 111. Karen** : *Becoming attached : first relationships and how they shape our capacity to love*, Oxford university press, 1998
- 112. Klagsbrun, Bowlby** : "Responses to separation from parents : a clinical test for children", *British journal of projective psychology*, 1976, 21, 7-21
- 113. Klein** : *Essais de psychanalyse*, Payot, 1984
- 114. Korff-Sausse** : « Quand arrive au monde un bébé pas comme les autres », *Revue de médecine psychosomatique*, 1994, 37-38, 199-212
- 115. Korner** : "The use of waterbeds in the case of preterm infants", *Journal of perinatology*, 1985
- 116. Kreisler** : *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat ,1987
- 117. Kubicek** : "Organization in two mother-infant interactions involving a normal infant and his fraterne twin brother who was later diagnosed as autistic", *High risk infants and children, adults and peer interactions*, Academic press, 1980, 99-112

- 118. Kuhl, Meltzoff** : « The bimodal perception of speech in infancy », *Science*, 1982, 218, 1138-1141
- 119. Laganière** : « Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles », *Enfance*, 2003, 2, 101-117
- 120. Laible, Thompson** : "Attachment and emotional understanding in pre-school children", *Developmental psychology*, 1998, 34, 1038-1045
- 121. Lamb** : "Twelve-month-olds and their parents : interactions in a laboratory playroom", *Developmental psychology*, 1976, 12, 237-244
- 122. Lamour** : « Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques », *Psychiatrie de l'enfant*, 1991, 1, 171-275
- 123. Lamour, Barraco** : *Souffrances autour du berceau*, Gaëtan Morin, 1998
- 124. Le Blanc** : « Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé », *Psychiatrie de l'enfant*, 1989, 1, 249-267
- 125. Lebovici, Weil-Halpern** : *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989
- 126. Lebovici** : « Les interactions fantasmatiques », *Revue de médecine psychosomatique*, 1994, 37-38, 39-50
- 127. Lebovici, Stoléru** : *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Bayard, 2003 (1983)
- 128. Le Nestour** : « Une psychiatrie périnatale, pourquoi ? », *L'information psychiatrique*, 2001, 1, 25-32
- 129. Lichtenberg** : *Psychoanalysis and motivation*, The Analytic Press, 1989
- 130. Lütkenhaus, Grossman** : "Infant-mother attachment at twelve months and style of interaction with a stranger at the age of three years", *Child development*, 1985, 56, 1538-1542

- 131. Mac Farlane** : “Olfaction in the development of social preferences in the human neonate”, in Hofer, *Parent-infant interaction*, Elsevier, 1975
- 132. Mac Grath, Craig** : “Developmental and psychological factors in children’s pain”, *Pediatrics Clinical North American*, 1989, 36, 823-835
- 133. Main, Kaplan, Cassidy** : “Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation” in Bretherton et Waters, *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for research in child development, 1985, 50, 1-2, 66-104
- 134. Main, Solomon** : “Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern” in Brazelton, *Affective development in infant*, Yogman, 1988, 95-124
- 135. Main** : “Cross-cultural studies of attachment organization : recent studies; changing methodologies, and the concept of conditional strategies”, *Human development*, 1990, 33,48-61
- 136. Manzano** : *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*, Médecine et hygiène, 1995
- 137. Marcelli** : « De l’hallucination d’une présence à la pensée d’une absence : à propos de l’absence dans les relations d’objet précoce », *Psychiatrie de l’enfant*, 1985, 2, 403-440
- 138. Marcelli** : « Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l’émergence de la pensée chez le nourrisson », *Psychiatrie de l’enfant*, 1992, 1, 57-82
- 139. Marcelli** : *Les yeux dans les yeux*, Albin Michel, 2006
- 140. Mars et al** : « Symptoms of pervasive developmental disorders as observed in prediagnostic home videos of infants and toddlers », *Journal of pediatrics*, 1998, 132, 500-504
- 141. Massie** : « Patterns of mother-infant behavior and subsequent childhood psychosis : a research and case report », *Child psychiatry and human development*, 1977 , 7, 4, 211-230
- 142. Mazet, Lebovici** : *Psychiatrie périnatale*, PUF, 1998

- 143. Mazet , Stoléru** : *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Masson, 2003 (1988)
- 144. Mejia, Ansermet** : « La scène médicale. A propos du traumatisme parental lors d'une naissance prématurée », *Psychiatrie de l'enfant*, 2002, 2, 411-435
- 145. Meltzer** : « Adhesive identification », *Contemporary psychoanalysis*, 1975, 11, 289-310
- 146. Meltzoff and Borton** : "Intermodal matching by human neonates", *Nature*, 1979, 282, 403-404
- 147. Meltzoff** : " Understanding the intentions of others : re-enactment of intended acts by 18-month-old-children", *Developmental psychological*, 1995, 31, 828-850
- 148. Meltzoff** : « La théorie du "like me", précurseur de la compréhension sociale chez le bébé : imitation, intention et intersubjectivité » in Nadel et Decety, *Imiter pour découvrir l'humain*, PUF, 2002, 33-57
- 149. Miljkovitch** : *L'attachement au cours de la vie*, PUF, 2001
- 150. Molénat** : « Autour de la naissance d'un nouveau-né « à risque » », *Revue française de psychiatrie*, 1983, 4, 44-47
- 151. Montagner** : *L'attachement, des liens pour grandir plus libre*, L'Harmattan, 2003
- 152. Montagu** : *La peau et le toucher*, Robert-Laffont, 1979
- 153. Murray, Trevarthen** : « Emotional regulation of interaction between two months olds and their mothers » in Field and Fox, *Social perception in infants*, Norwood, 1985, 101-85
- 154. Murray** : "The impact of postnatal depression on infant development", *Journal of child psychology and psychiatry*, 1992, 33, 543-561
- 155. Murray** : « Le rôle des facteurs liés au nourrisson dans la dépression maternelle », *Devenir*, 1998, 4, 63-77

- 156. Nadel** : *Imitation et communication entre jeunes enfants*, PUF, 1986
- 157. Négri** : « L'observation du nouveau-né gravement prématuré » in Rosella Sandri, *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*, Cesura Lyon édition, 1994, 95-135
- 158. Nezelof** : « La famille confrontée au risque vital : mort ou survie de l'enfant ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1996, 11, 560-564
- 159. Osterling, Dawson** : « Early recognition of children with autism : a study of first birthday home videotapes », *Journal of autism and development disorders*, 1984, 24, 3, 247-257
- 160. Palacio-Espasa** : « Les états psychotiques infantiles et les relations d'objet précoces. Une tentative de rapprochement des idées de M. Klein et de son école avec celles de M. Mahler dans la compréhension des psychoses de l'enfant », *Psychiatrie de l'enfant*, 1980, 2, 349-382
- 161. Pavoine** : « Parents d'enfant prématuré : quel devenir sur la première année de vie ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 6, 398-404
- 162. Pelaez -Nogueras et al** : « Infants of depressed mothers show less « depressed » behavior with their nursery teachers », *Infant mental health journal*, 15, 4, 1994
- 163. Piaget** : *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, 1948
- 164. Pickler** : « Importance du mouvement dans le développement de la personne : initiative, compétence », *Médecine infantile*, 1984, 3, 274-278
- 165. Pierrehumbert** : « La situation étrange », *Devenir*, 1992, 4, 4, 69-93
- 166. Pierrehumbert** : *Le premier lien*, Odile Jacob, 2003
- 167. Pinol-Douriez** : *Bébé agi-bébé actif*, PUF, 1984
- 168. Porte** : « La compétence du nouveau-né » in Lebovici, Soulé, Diatkine, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1985

169. Prayez : *Le toucher apprivoisé*, Lamarre-Poinat, 1989

170. Réhel : *L'accueil du tout petit à l'hôpital*, ESF, 1994

171. Ricks : "The social transmission of parental behavior : attachment across generations" in Bretherton et Waters, *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for research in child development, 1985, 50, 1-2, 211-227

172. Righetti-Veltema et al : "Effets observés chez l'enfant de la dépression maternelle du post-partum à 3 et 18 mois », in Manzano, *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*, Médecine et hygiène, 1995

173. Robin, Casati et Candilis-Huisman : *La construction des liens familiaux pendant la première enfance*, PUF, 1995

174. Robson : « The role of eye-to-eye contact in maternal infant attachment", *Journal of child psychology and psychiatry*, 1967, 8, 13-25

175. Rochat and Hespos : "Differential rooting response by neonates : evidence for an early sense of self", *Early development and parenting*, 1997, 150, 1-8

176. Rochat and Striano : "Emerging self-exploration by two month-old infants", *Developmental science*, 1999, 2, 206-218

177. Rochat : « Conscience de soi et des autres au début de la vie », *Enfance*, 2003, 1, 39-47

178. Rosenblum : « Mères déprimées, développement psycho-affectif et conduites d'attachement chez leurs jeunes enfants âgés d'un an », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1999, 47, 1-2, 72-78

179. Rosenblum : « La dépression maternelle du post-partum, figure paradigmatique d'un dysfonctionnement interactif affectif », *Perspectives psychiatriques*, 2004, 3, 204-209

180. Rosenfeld : « La dynamique des dysfonctionnements interactifs précoces et les psychoses de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1990, 7, 407-411

- 181. Rosenfeld :** « Les dépressions maternelles post-natales : descriptions, psychopathologie et aspects thérapeutiques », *Perspectives psychiatriques*, 2000, 3, 185-198
- 182. Satgé :** « Implications psychologiques des techniques actuelles de néonatalogie », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1982, 4-5, 234-236
- 183. Sausse :** « Conséquences d'une maladie grave et précoce », *Perspectives psychiatriques*, 1981, 82, 233-239
- 184. Sauvage :** « Evaluation des signes précoces dans l'autisme de l'enfant, à l'aide de l'échelle ECA-N », *Devenir*, 1994, 4, 71-85
- 185. Sauvage :** « Signes précoces de l'autisme et films familiaux », *Psychiatrie de l'enfant*, 1997, 1, 175-198
- 186. Sibertin-Blanc :** « Naître « très grand prématuré », et après ? », *Psychiatrie de l'enfant*, 2002, 2, 437-482
- 187. Sitbon, Mazet :** « Bébés et mères déprimées : données expérimentales », *Devenir*, 1989, 1-4, 106-117
- 188. Slade :** "Quality of attachment and early symbolic play", *Developmental psychology*, 1987, 17, 326-335
- 189. Soulé :** « Le nouveau-né en détresse vitale et en service de réanimation », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1986, 11-12, 545-550
- 190. Spitz :** *De la naissance à la parole : la première année de la vie*, PUF, 1979
- 191. Sroufe :** "Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament", *Child development*, 1985, 56, 1-14
- 192. Stern :** « Le but et la structure du jeu mère-nourrisson », *Psychiatrie de l'enfant*, 1983, 1, 193-215
- 193. Stern :** *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, 2003, (1989)

- 194. Stern** : *Mère-enfant : les premières relations*, Mardaga, 1997, (1977)
- 195. Strauss** : "Abstraction of prototypical information by adults and tenmonths-old infants", *Journal of experimental psychology : human learning and memory*, 1979, 5, 618-632
- 196. Susman-Stillman** : "Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security", *Infant behavior and development*, 1996, 19, 33-47
- 197. Tardos-David** : « De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self », *Devenir*, 1991, 3, 9-33
- 198. Tremblay-Leveau** : « Les actions de communication chez les bébés prématurés », *Enfance*, 1999, 1, 33-42
- 199. Trevarthen** : "Communication and cooperation in early infancy : a description of primary intersubjectivity", in Bullowa, *Before speech : the beginning of interpersonal communication*, cambridge university press, 1979, 321-347
- 200. Trevarthen** : « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, 2003, 4, 309-428
- 201. Tronick et al** : "The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction", *Journal of child psychiatry*, 1978 , 17, 1-13
- 202. Tronick, Gianino** : "The transmission of the maternal disturbance to the infant" in Tronick, Field, *Maternal depression and infant disturbance*, Jossey-Bass Inc, 1986, 5-11
- 203. Tronick, Weinberg** : "A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé : l'impossibilité de créer des états de conscience dyadique » in Mazet, Lebovici, *Psychiatrie périnatale*, PUF, 1998, 299-334
- 204. Tustin** : *Le trou noir de la psyché*, Seuil, 1989

- 205. Van de boom** : “The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants”, *Child development*, 1994, 65, 1457-1477
- 206. Van Ijzendoorn** : “Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment : a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview”, *Psychological bulletin*, 1995, 117, 387-403
- 207. Wallon** : *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF, 1970 (1930)
- 208. Waters** : «The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment », *Child development*, 1978, 49, 483-494
- 209. Weber et al** : “Individual variations in attachment security and strange-situation behavior : the role of maternal and infant temperament”, *Child development*, 1986, 57, 56-65
- 210. Weinfield et al** : “The nature of individual differences in infant-caregiver attachment” in Cassidy, *Handbook of attachment*, The Guilford press, 1999, 68-88
- 211. Wendland** : « Les premiers liens : perspectives thérapeutiques et préventives », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 1-2, 71-77
- 212. Winnicott** : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969
- 213. Winnicott** : *Le bébé et sa mère*, Payot, 1992 (1987)
- 214. Winnicott** : « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant » in *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, 153-162
- 215. Wolff** : “The causes, controls, and organisation of behaviour in the neonate”, *Psychological issues*, 1966, 5, 7-11
- 216. Youngblade et Belsky** : “Parent-child antecedents of 5 year olds' close friendships : a longitudinal analysis”, *Developmental psychology*, 1992, 28, 700-713
- 217. Zazzo** : *Le colloque sur l'attachement*, Delachaux & Niestlé, 1974

218. Zeanah et Anders : “Subjectivity in parent-infant relationships : a discussion of internal working models”, *Infant mental health journal*, 1987, 8 (3), 237-248

219. Zeanah et al : “Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants”? *Journal of the american academy of childhood and adolescence*, 1993, 32 (2), 278-286

220. Zélany-Vatine : « Petit...il est tout petit... : regards croisés sur l'extrême prématuré », *Champ psychosomatique*, 2004, 34, 33-45

221. Zeskind, Lester : « acoustic features and auditory perceptions of the cries of newborns with prenatal and perinatal complications », *Child Development*, 1978, 49, 580-589

Titre de thèse : **LE LIEN MERE-BEBE
A L'EPREUVE DE LA SOUFFRANCE**

RESUME

Le lien inné d'attachement mère-bébé sert de théâtre aux scénettes interactionnelles qui favorisent l'accession au sentiment de maternalité (chez la mère) et au sens de soi (chez le bébé). D'ancrage essentiellement corporel et émotionnel, la naissance à la vie psychique de l'enfant suppose les capacités de métabolisation psychique, d'accordage et d'anticipation créatrice de la mère, selon le principe de l'épigenèse interactionnelle. C'est pourquoi, si la maladie grave atteint le bébé dans sa chair, elle le rend aussi vulnérable dans son identité et son existence psychique à travers le traumatisme qu'il inflige à sa mère et le chaos sensoriel et relationnel que ses soins lui imposent. Sur le plan psychique, l'évitement relationnel du bébé blesse le narcissisme de sa mère dont la dépression périnatale altère la sensibilité. Leurs possibilités d'investissement et d'engagement interpersonnel s'en trouvent alors mutuellement amoindries, chacun confortant l'autre dans son retrait. Ainsi, dès le début de leur histoire commune, mère et bébé s'engagent dans une spirale transactionnelle que toute atteinte, somatique ou psychique, de l'un ou l'autre partenaire, peut faire basculer dans la souffrance.

MOTS-CLES

- **Pédopsychiatrie**
- **Mère-bébé**
- **Attachement**
- **Interactions**
- **Hospitalisation**
- **Dépression périnatale**
- **Retrait relationnel**