

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N° : 126

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

Par

Margaux LE MARCHAND-COTTENCEAU

Née le 26 mai 1980, à Coutances (50)

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2008

**LE CORPS DU BEBE
COMME LIEU ET REFLET
DE SA CONSTRUCTION PSYCHIQUE**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Michel AMAR
Directrice de thèse : Madame le Docteur Nicole GARRET-GLOANEC

TABLE DES MATIERES

	<u>PAGES</u>
INTRODUCTION	10
1^{ÈRE} PARTIE : Le corps du bébé dans l'émergence de la pensée	13
I. L'ancrage corporel	13
1. Quelle est la réalité sensorielle du fœtus au nouveau-né ?.....	13
2. Comment gérer le bombardement sensoriel post-natal ?.....	16
2.1. Les flux sensoriels.....	16
2.2. La perception amodale.....	17
2.3. L'intermodalité.....	17
2.4. La transmodalité.....	18
3. La nécessaire intégration corporelle.....	18
3.1. Le schéma corporel et l'image du corps.....	18
3.2. Le besoin de sentiment de sécurité.....	19
3.3. Les étapes intégratives de l'axe corporel.....	19
3.4. Les identifications intracorporelles.....	20
3.5. L'activité motrice autonome.....	21
4. Le tout dans un tempo particulier.....	22
4.1. Quelle est la conscience temporelle du bébé ?.....	22
4.2. Les micro et les macrorhythmes.....	23
4.3. L'enveloppe pré-narrative de Stern.....	24
II. L'ancrage interactif par le corps	25
1. Le tonus.....	25
1.1. L'équilibre sensori-tonique.....	26
1.2. Les états de vigilance.....	27
1.3. Le dialogue tonique.....	28
2. L'émotion ou le partage émotionnel.....	28
2.1. Pourquoi parler des émotions ?.....	28
2.2. L'émotion et la réaction posturale.....	29
2.3. L'émotion comme moyen de communiquer.....	30
2.4. L'émotion pour penser les objets.....	30
2.5. Le concept d'émotion primaire et secondaire.....	31
2.6. L'émotion et l'autre : l'accordage affectif, la référence émotionnelle.....	32
2.7. Les feeling shapes.....	33
III. La question de l'intersubjectivité	34
1. L'interaction.....	35
2. La subjectivité.....	37
3. L'intersubjectivité.....	38
3.1. Instauration lente.....	39
3.2. Intersubjectivité primaire.....	39
3.3. Des noyaux d'intersubjectivité primaire.....	41

IV. La question du premier travail psychique.....	42
1. Les processus originaires.....	42
2. Le Moi-peau.....	43
3. Un processus prépsychique.....	44
4. Le toucher à l'origine de la pensée.....	45
Conclusion de la 1^{ère} partie.....	45
2^{ÈME} PARTIE : Le corps du bébé comme lieu d'expression d'une souffrance.....	
Introduction.....	47
I. Dans l'interaction je demande le bébé.....	49
1. Les angoisses primitives / de séparation.....	49
2. Le tempérament.....	51
3. Le déficit de l'équipement neurobiologique.....	52
II. Dans l'interaction je demande la mère.....	55
1. Les différents éléments de l'interaction.....	56
1.1. Les interactions comportementales ou naturelles ou éthologiques.....	56
1.2. Les interactions affectives.....	57
1.3. Les interactions fantasmiques ou l'influence de leur vie psychique.....	57
2. Les particularités de la dyade bébé-mère déprimée.....	58
2.1. Généralités.....	58
2.2. Les interactions comportementales.....	58
2.3. Les interactions affectives.....	59
3. Les particularités de la dyade bébé-mère carencée.....	59
3.1. Généralités.....	59
3.2. Les interactions comportementales.....	60
3.3. Les interactions affectives.....	60
3.4. Les signes cliniques du bébé.....	60
4. Les particularités de la dyade bébé- mère schizophrène.....	61
4.1. Les interactions comportementales.....	61
4.2. Les interactions affectives.....	61
4.3. Les interactions fantasmiques.....	62
4.4. Les signes cliniques du bébé.....	62
III. Signes cliniques de souffrance précoce du bébé.....	62
1. Les comportements de défense pathologique (S. Fraiberg).....	63
1.1. L'évitement.....	63
1.2. Le gel.....	63
1.3. La lutte.....	64
1.4. Les transformations de l'affect.....	64
2. Quatre catégories de repères cliniques du bébé.....	64
2.1. L'expression somatique.....	64
2.2. Les troubles tonico-moteurs.....	65
2.2.1. L'organisation tonique.....	66
2.2.2. La motricité.....	68
2.2.3. L'activité répétitive.....	69

2.3. Les processus de régulation des états de vigilance.....	69
2.3.1. Les états de vigilance.....	70
2.3.2. Les troubles de la régulation.....	70
2.3.3. Du retrait au retrait relationnel durable.....	70
2.4. La sphère relationnelle.....	71
2.4.1. Les manifestations émotionnelles.....	71
2.4.2. Les troubles du contact, l'évitement.....	72
2.4.3. L'hyperadaptation associée à une apparente passivité, troubles de l'attachement.....	72
3. Manon ou la danseuse indonésienne.....	73
4. Du symptôme au syndrome dans les classifications internationales.....	76
Conclusion de la 2^{ème} partie.....	78
3^{ème} PARTIE : La construction psychique d'un bébé de mère schizophrène ou les tribulations de Sidonie.....	
Introduction.....	79
I. Rappel sur la schizophrénie.....	81
1. La schizophrénie.....	81
2. Approche psychodynamique.....	82
2.1. Le moi schizophrène.....	82
2.2. La relation objet.....	82
II. Existe-t'il une héritabilité ?.....	83
III. De la conception à la grossesse chez la femme souffrant de schizophrénie.....	84
1. La stérilisation des femmes souffrant de pathologie mentale.....	85
2. Les interruptions volontaires de grossesse.....	85
3. Le déni de grossesse.....	85
4. La symptomatologie pendant la grossesse.....	86
5. Les traitements antipsychotiques pendant la grossesse.....	88
6. Les complications obstétricales.....	89
IV. Les conditions d'émergence de la pensée de Sidonie.....	90
1. Le passage à la maternité.....	90
2. La symptomatologie en post-partum.....	91
3. Existe-t-il une préoccupation maternelle primaire chez les mères schizophrènes ?.....	92
4. Les caractéristiques des interactions de Sidonie avec sa mère.....	93
4.1. Les interactions comportementales.....	93
4.2. Les interactions affectives et fantasmatiques.....	96
5. Les caractéristiques générales des interactions de la dyade.....	98
6. Les signes de souffrance psychique précoce de Sidonie.....	100
6.1. Troubles somatiques.....	100
6.2. Troubles tonico-moteurs.....	101
6.3. Troubles de la régulation des états de vigilance.....	102
6.4. Troubles relationnels.....	102
7. Comment Sidonie construit-elle son appareil psychique ?.....	103

V. Quelle attitude thérapeutique adopter ? ou « Viens, vis et deviens »	106
1. Les particularités du travail du soignant en périnatalité.....	107
1.1. L'observation.....	107
1.2. L'empathie ou la "préoccupation thérapeutique primaire" (M. Lamour).....	108
1.3. L'attention.....	109
2. Travailler avec les différents partenaires.....	109
2.1. La mère schizophrène.....	109
2.2. Le père, les grands-parents.....	110
2.3. Le bébé.....	110
2.3.1. Les soins primaires.....	111
2.3.2. L'autonomie libre.....	111
3. Aménager la distance mère-enfant par la médiatisation.....	112
3.1. Médiatisation par le père.....	113
3.2. Médiatisation par les soignants.....	113
3.3. Espace médiatisé pour les soignants.....	114
4. Les unités mère-bébé.....	115
5. Assurer un environnement stable et fiable.....	118
5.1. Les autres modes de garde.....	118
5.2. Le placement.....	119
6. Travailler en réseau ou le maillage institutionnel bienveillant.....	121
VI. Le devenir des enfants de parents psychotiques	122
1. La pandysmaturation.....	123
2. L'hypermaturation.....	123
3. Et Sidonie ?.....	124
Conclusion de la 3^{ème} partie	125
CONCLUSION	127
ANNEXES	131
Annexe 1- Repères de signes de souffrance psychique précoce.....	131
Annexe 2- Echelle Alarme de Détresse Bébé.....	132
Annexe 3- Symptômes d'Alarme de R. Negri.....	135
Annexe 4- Tableau récapitulatif de l'histoire de Sidonie.....	136
Annexe 5- Description des unités mère-enfant accueillant à temps plein en France en 2004.....	137
Annexe 6- 1 ^{ère} partie de l'échelle d'interaction mère-nourrisson (unité Inserm 149).....	138
Annexe 7- Issues positives pour l'enfant en fin d'admission conjointe, en fonction du type de pathologie maternelle en France et en Belgique.....	141
BIBLIOGRAPHIE	142

INTRODUCTI ON

« Notre esprit est un seau ; à l'origine, il est vide, ou à peu près ; et des matériaux entrent dans le seau par l'intermédiaire de nos sens ; ...ils s'accumulent et sont digérés. » Platon, -427 à -348 av. J.C. Théétète.

Lors de nos premiers jours de stage dans l'unité mère-bébé de Nantes (le HOME), nous avons été interpellés par une mère au faciès habité mais figé qui portait un paquet sur son épaule droite tout en arpentant les couloirs. Un paquet ? Non, une petite fille que nous nommerons Sidonie. Malgré le lien qui les unissait visiblement, nous ne pouvions que nous demander comment ce bébé allait se développer.

Découvrant un champ important de réflexion nous avons alors décidé de nous pencher non pas sur une réflexion théorique des processus de la pensée mais sur ce qui précède et les entoure : **l'approche corporelle de la construction psychique**. Pour simplifier que faut-il à ce bébé qui vient de naître pour que des pensées puissent s'organiser ? Ou pour prendre une métaphore de quelle terre, voir de quels engrais, cette graine a-t-elle besoin pour croître ? Et comment nous, pédopsychiatres, pouvons-nous accompagner ces bébés pour qui ces éléments ne sont pas réunis?

La quête des origines de la psyché a été un questionnement fondamental dès le début de l'humanité. Les philosophes de l'antiquité (Aristote, Platon...) discouraient sur les origines de l'âme, avec des positions hétéroclites (matérielle ou non, don de Dieu...). La diversité d'approches perdure avec les siècles jusqu'à remettre en cause son existence comme Gilbert Ryle et son "fantôme dans la machine".

En ce qui concerne la psychiatrie, dès sa création le thème de la naissance psychique est présent. Mais une révolution conceptuelle survient lors de la création de la psychiatrie infantile au sortir de la deuxième guerre mondiale. Le nourrisson passe d'un être

essentiellement passif et immature à un être en devenir, ayant la possibilité de souffrir physiquement et psychiquement, donc de penser. A cette époque Kanner décrit l'autisme infantile, A. Freud, R. Spitz, J. Bolwby les dépressions du bébé.

Deux réflexions contemporaines viendront nourrir ce sujet. La première concerne l'autisme et les psychoses infantiles par le « *grossissement et le freinage de mécanismes seulement fugitifs chez le bébé sain mais dans lesquels s'enlisent les enfants perturbés* » (B. Golse in [1]). La deuxième, l'observation analytique du nourrisson (E. Bick) avec le filtre transférentiel et l'importance donnée au corps, corps considéré comme "voie royale" d'accès à la sémiotisation [1]. Rajoutons l'intérêt pour les pathologies limites, toute la clinique de l'agir, du psychosomatique qui ont amené à réfléchir sur l'avant-coup, soit sur un mode de fonctionnement psychique dont les références ne sont plus les mêmes. Des psychosomaticiens comme P. Marty ou M. Fain ont ainsi formulé l'hypothèse que leurs patients au vu des défaillances de l'environnement et de la fonction maternelle investissent leur sensorialité au lieu de transformer l'excitation en pulsion.

Mais le renouveau du questionnement autour de la naissance psychique a surtout lieu depuis quelques années avec la psychologie "baby-boom" et les nombreuses recherches sur le nouveau-né, le fœtus. Le développement de la médecine prénatale a changé notre regard sur l'enfant des premiers mois, des premières semaines, découvrant une **continuité** de développement sans réelle césure par la naissance. Nous verrons ainsi que le fœtus a déjà un vécu sensori-moteur, l'expérience d'une certaine différence. Cependant le fœtus pense-t-il ?

Quelques fois des dérives se produisent avec l'idée d'un bébé hypercompétent, comprenant tout, sorte d'adulte en miniature. Mais il n'en est pas ainsi. Le bébé a sa spécificité, nous obligeant à nous décentrer pour avoir accès à son monde.

Les processus mis en jeu à cette période de la vie sont bien en-deçà des processus de symbolisation classiquement décrits, ce sont les **processus originaires** décrits par une post-kleinienne, P. Aulagnier [2], et développés ensuite. Ces processus sont imprégnés de sensations physiques et corporelles, mais ils existent et sont des préalables. E. Bick notait ainsi « *l'état mental et corporel du nourrisson est un continuum* » [3].

Pour que ces processus originaires se mettent en place il leur faut un socle. Ce socle est le **double ancrage corporel et interactif**, premier élément du trépied théorico-clinique décrit par B. Golse pour la mise en place de la pensée [4]. Pour rappel les autres éléments sont la stratification et la relation d'objet dans l'accès à l'intersubjectivité.

Le bébé par et dans son corps, en communion émotionnelle avec sa mère organise les premiers éléments de son appareil psychique.

Dans une première partie nous développerons cet axe de réflexion à la lumière de l'état actuel de nos connaissances. A savoir l'importance du corps dans toute sa dimension sensori-motrice dans l'émergence des processus de la pensée, ce corps intervenant dans une interaction étroite, humanisée et harmonieuse avec son partenaire de soin privilégié (le plus souvent sa mère). En effet « *le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant s'il n'est couplé à des soins maternels* » (Winnicott in [5]). Cette nécessaire présence de l'autre nous amènera à nous poser la question de son implication dans l'accès à l'intersubjectivité.

Dans la deuxième partie, partant du principe que l'appareil psychique est le garant de la capacité du futur individu à affronter les événements de la vie, notre regard se posera sur l'enjeu de fournir à ce bébé les conditions adéquates. Conditions qui dans la théorie transactionnelle actuelle de la pédopsychiatrie, peuvent être altérées à la fois par le bébé et/ou par la mère. Nous présenterons d'abord du côté du bébé les notions d'angoisses primitives, de tempérament, d'équipement neurobiopsychologique, puis les caractéristiques d'une psychopathologie maternelle sur les interactions, pour dégager des repères cliniques de signes précoces de souffrance du bébé. Nous revenons au corps, corps qui à partir de l'expérience clinique semble **l'indicateur le plus fin et le plus précoce** de cette souffrance générée par la non-adéquation du système bébé-environnement.

Dans la troisième partie, nous terminerons notre réflexion par l'étude d'une situation clinique, celle du développement de Sidonie, suivie dans l'unité Mère-Bébé de Nantes de sa naissance jusqu'à maintenant (elle a presque 4 ans). Sidonie dont la mère est atteinte de schizophrénie. Pourquoi ce choix ? La situation d'un bébé avec une pathologie maternelle psychiatrique lève toujours autant de boucliers avec des attitudes contradictoires, empreintes de craintes subjectives. La réflexion autour de cette situation "extrême" va ainsi nous permettre de nous centrer précisément sur les caractéristiques individuelles de cette dyade, sur nos questionnements autour de la prise en charge et le fonctionnement en réseau.

Pour tous ces domaines, nous nous limiterons aux premiers mois de vie de l'enfant, et notamment à la période 0 à 6 mois où il est un être essentiellement de sensations. Au-delà le langage modifie considérablement les modalités d'interaction.

1^{ère} PARTIE

LE CORPS DU BEBE DANS L'EMERGENCE DE LA PENSEE

L'ANCRAGE CORPOREL

L'ancrage corporel renvoie au concept du **Moi-corporel**.

Freud élabore plusieurs hypothèses sur le fonctionnement de la pensée. Dans le Moi et le Ça en 1923 [6], il développe sa deuxième topique selon laquelle le Moi se développe à partir d'une couche superficielle du Ça, dont il n'est pas séparé. « *Le Moi est avant tout un Moi-corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface* ». Il rajoute en note de bas de page « *le Moi est en dernier ressort dérivé des sensations corporelles, principalement celles qui naissent à la surface du corps* ». Ainsi toute fonction psychique se développerait par appui sur une fonction corporelle, dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental.

Nous voulons aller plus loin en considérant le corps en tant que source profonde et lieu même de l'extériorisation d'une pensée. L'image motrice devenant en soi de la pensée puis de l'activité représentative, dans une sorte de ce qu'on pourrait nommer une "**pensée archaïque**".

1. Quelle est la réalité sensorielle du fœtus au nouveau-né ?

[1, 8]

Avant de proposer une approche sur le rôle de la sensorimotricité dans l'émergence de la pensée, nous nous devons d'apporter quelques rappels sur le développement des capacités d'abord sensorielles puis motrices de l'infans.

Le bébé possède des compétences beaucoup plus précoces que ce que l'on pensait. Nous allons même remonter à la période fœtale, où il a des capacités de perception d'évènements se déroulant en intra et extra-utérin.

Le toucher. Les récepteurs tactiles seraient les premiers récepteurs sensoriels à arriver à maturité, d'abord dans la région péribuccale à sept semaines de vie intra-utérine soit neuf semaines d'aménorrhée (SA), puis sur tout le corps (muqueuses comprises) entre 14 et 20 SA. La sensibilité tactile continue à se développer à la naissance puisque le niveau de réactivité à la stimulation cutanée est plus basse pour un enfant né à terme que pour un prématuré. Donc un enfant prématuré de 2 mois d'âge civil, ayant par exemple 1 mois d'âge corrigé, est plus sensible à la stimulation cutanée qu'un enfant du même âge civil [7, 8, 10].

L'odorat. Les neurorécepteurs olfactifs se différencient vers 17 SA pour arriver quasiment à maturation vers 18 SA. Les capacités de détection et de discrimination d'un nouveau-né de quelques jours sont identiques à celles d'un adulte.

Le goût. Vers 12 SA, les bourgeons gustatifs commencent à se former pour augmenter progressivement. Le fœtus perçoit les quatre saveurs primaires (sucré, salé, acide, amer) avec une préférence pour le sucré dès 20 SA.

L'audition. Du point de vue anatomique l'audition est possible dès le 5^{ème} /8^{ème} mois de la vie intra-utérine, 24/36 SA. L'oreille moyenne se forme en premier vers 8 SA puis le tympan et la chaîne des osselets. Les voies nerveuses sont fonctionnelles dès 5 mois alors que leur myélinisation, qui commence à peu près à cette période, ne sera achevée que vers 2 ans. Ainsi dès 5 mois de vie intra-utérin, si la mère chante on constate une accélération du cœur. Mais n'oublions pas que le fœtus évolue dans un monde aquatique. Vous avez tous fait enfant l'expérience de crier dans une piscine. Or que se passe-t-il ? Le son ne passe pas par le pavillon et l'oreille moyenne, mais par les vibrations, surtout pour les basses fréquences. On en revient au toucher, sens primordial.

Qu'en est-il une fois dans un monde aérien ? Dès les heures qui suivent l'accouchement le bébé tourne ses yeux dans la direction d'un son, avec une réaction déjà différente entre la voix humaine et les autres sons, et notamment une préférence pour la voix de sa mère. J. Mehler et coll. ont démontré par la succion non nutritive (nombre de mouvements de succion d'une tétine en réponse à une stimulation) que dès 5 jours de vie, le bébé discrimine des phonèmes de sa langue [11].

En ce qui concerne l'oreille interne, elle se développe entre 10 et 24 SA. Le réflexe de Moro existe dès 25 SA.

La vue. Le dernier. Les photorécepteurs débutent leur formation vers 3 mois de vie intra-utérine (15 SA). A la naissance les photorécepteurs ne manquent plus que dans la macula, ce qui n'empêche pas le nouveau-né d'avoir quelques capacités visuelles, exploitées dans la réalisation d'études. Ce système visuel périphérique a un faible pouvoir séparateur, il est sensible aux basses luminosités et traite essentiellement les mouvements. A cette époque de la vie le bébé distinguerait déjà les couleurs principales. Sinon l'acuité visuelle à la naissance n'est efficiente que pour une distance de 20 cm environ, soit à peu près la distance qui le sépare du visage de sa mère lors de l'allaitement, distance qui se réduit jusqu'à l'âge de 1 an, où la vision de près est possible. L'accommodation n'est elle fonctionnelle qu'au deuxième mois. En ce qui concerne l'oculomotricité, dès le premier trimestre l'échographiste peut voir le déplacement des cristallins, soit spontanément soit en réponse à une stimulation. A la naissance on observe les mouvements oculaires synergiques aux changements posturaux et vestibulaires, ou des saccades de faible amplitude, mais il faut attendre le troisième mois de vie pour une organisation des mouvements oculaires.

Une étude a confronté des nouveau-nés à des modèles de forme et taille équivalentes à celles du visage humain. Sur l'un des deux les éléments du visage étaient bien placés, et sur les autres dans le désordre. Les nourrissons dès deux mois ont montré une nette préférence pour le modèle à visage humain (Maurer et Barrera en 1981, cité dans [8]). Cela suggère que le bébé est "programmé" pour diriger son attention vers le visage humain et donc rentrer en interaction avec lui. A noter que dès 5 semaines de vie il préfère regarder le visage de sa mère.

La motricité. Dans le monde aquatique de la poche utérine, les premiers mouvements fœtaux sont ébauchés dès la 7-8^{ème} semaine de gestation. Le fœtus dès 22 SA, a la capacité de former une pince pouce-index. On le voit ainsi à l'échographie attraper ses doigts, le cordon, une goutte de sang lors d'une amniocentèse. Il met aussi ce qu'il peut à sa bouche: pouce, orteil... A partir de 5 mois il réalise des mouvements de rotation des poings sur ses yeux, des mouvements de frottement contre la paroi utérine ou placentaire.

A la naissance, il existe une motricité réflexe dont le réflexe de succion ou d'agrippement de la main (une stimulation de la paume du bébé entraîne une flexion des doigts et donc la fermeture de la main du bébé sur le doigt de l'examineur) intervenant dans les interactions mère-bébé. Ces réflexes archaïques disparaissent avec la maturation neurologique. On note

une hypotonie axiale et une hypertonicité des membres. Avec la lutte contre la pesanteur les possibilités de mouvements autonomes changent. De plus des données scientifiques ont montré qu'à cette époque parmi les différents muscles, seuls les muscles oculaires répondent à une initiative corticale. Vers trois mois, le bébé effectue quelques actes de préhension, il commence à tenir sa tête, libérant l'exploration du regard. Vers 4 mois il peut réaliser des explorations bimanuelles. Puis d'une façon descendante, le tronc acquiert un certain tonus, la position assise est stable vers 6 mois, et enfin le nourrisson accède à la marche vers 12 à 15 mois [10,12].

Ainsi, la naissance est un « *déménagement* » comme le disait B. Cyrulnik. Les nouveau-nés ont un **vécu** sensori-moteur prénatal, variable certes en fonction du sens (organes des sens non matures mais fonctionnels), qui laisserait des traces chez le sujet [8].

2. Comment gérer le bombardement sensoriel post-natal?

Au début de la vie, dans le vécu subjectif du bébé, seul le sensoriel existe. La psyché et la réalité se confondent dans le seul éprouvé sensoriel. Or à la naissance, son écologie est brusquement transformée avec des "bombardements" d'informations sensorielles.

2.1. Les flux sensoriels

Selon la perspective développementale d'A. Bullinger, le bébé naît avec un organisme qui, au contact de l'environnement, à partir de ses sensations, va se construire des représentations qui organisent et orientent les actions du bébé face à son milieu. Les sensations reçues par l'organisme sont des **flux sensoriels**.

Un flux sensoriel est défini comme un ensemble dynamique de signaux continus et orientés qui vont venir stimuler la surface sensible d'un capteur mobile, comme la voix de la mère pour le bébé dans le cadre d'un flux auditif. Les variations d'orientation de la source ou du capteur, quelles soient passives ou actives, entraînent des modifications des signaux de ce flux. Si la mère parle en vaquant à ses occupations à son bébé installé dans un transat, les signaux seront différents. Les flux sensoriels sont ensuite analysés par le système sensori-moteur archaïque ou analyseur de flux qui donnera lieu à des réactions émotionnelles, suite à une chaîne de réactions composée d'une phase d'alerte et d'orientation avec une réaction tonico-posturale. La spécificité de cet analyseur de flux archaïque est faible, c'est-à-dire qu'il a un pouvoir séparateur faible entre les différents flux. Cette distinction entre les aspects récents et archaïques se retrouve dans la nature des voies nerveuses empruntées par le

stimulus. Par exemple pour le flux tactile les structures archaïques renvoient aux voies spinothalamiques qui traitent les aspects qualitatifs des stimulations avec une projection corticale bilatérale et le système récent aux voies lemniscales avec l'aspect quantitatif des informations et une projection somatotopique, donc un traitement spatial de ces signaux [13].

Alors comment traite-t-il ces flux ?

2.2 La perception amodale

Dans le Monde Interpersonnel du Nourrisson, Stern parle de **perception amodale** [14]. Selon lui, le bébé aurait dès la naissance une aptitude innée à la perception amodale, à savoir qu'il percevrait toutes les informations sensorielles comme **supramodales**, non distinguées par appartenance à une modalité sensorielle. Ce qui rejoint d'une certaine façon la faible spécificité de l'analyseur de flux. Il donne l'exemple classique de l'apaisement d'un bébé par sa mère, par deux modalités ayant le même profil: le «*allez, allez*» appuyé sur la première syllabe, ralenti sur la deuxième et les caresses dorsales avec un appui de la main sur le dos, geste ralenti dans le mouvement. Ces deux modalités sensorielles produisent le même effet chez le bébé, l'apaisement, grâce à sa perception amodale. «*Ce ne sont pas des images, des sons, des touchers et des objets qu'on peut nommer mais plutôt des formes, des intensités, des figures temporelles, des caractères plus globaux de l'expérience*» (Stern in [14]). Le schéma de traitement de ces perceptions suivrait celui des premières expériences sensorielles, celles du toucher, nous y reviendrons.

En parallèle à cette perception amodale, le bébé possède des capacités de transmodalité et d'intermodalité.

2.3. L'intermodalité

L'**intermodalité** est la capacité de mettre en lien des sensations issues d'une même source extérieure, mais perçues par des canaux différents. Les systèmes de capture fonctionnent de la même façon à savoir alerte, localisation de la stimulation, déplacement du capteur vers la cible puis stabilisation. Par exemple: le bébé entend sa mère qui lui parle derrière lui et sent la main de cette dernière touchant son dos. Il réagit alors en tournant la tête du côté de l'émission des flux... Les capteurs se déplacent vers la source, mouvement indiqué par des **signaux proprioceptifs**, communs aux différents systèmes sensoriels, unifiant les informations. D'autre part, des neurones ont été décrits comme ne fonctionnant qu'avec des stimulations multimodales, comme ceux du système vestibulaire. Ainsi nous avons la même sensation de malaise, que le flux visuel soit créé par une mer houleuse au cinéma ou que nous

soyons in situ en bateau sur cette mer. L'intermodalité est présente assez tôt puisque Streri en 1991 a montré que des bébés entre 2 mois et 1 an étaient capables à partir d'une information amodale de faire des relations intersensorielles. Un bébé de 2, 6,12 mois, selon elle, réagit comme un enfant, un adulte; il adapte sa réaction posturale en fonction d'accélération, de directions fournies par la perception de flux sensoriels [10].

2.4. La transmodalité

La **transmodalité** est la capacité de traduire des informations reçues d'une modalité sensorielle dans une autre. Dans une expérience connue de Meltzoff datant de 1979, on fait sucer à un bébé de 3 semaines une tétine de forme particulière sans qu'il la voit et on lui présente des dessins de tétines de la forme qu'il suce et/ou d'une autre forme. Or le bébé s'oriente vers le dessin de sa tétine. Il transfère dans le canal visuel des informations tactiles, donc il transfère des informations d'un canal vers un autre, construisant une certaine représentation de l'objet.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le traitement multimodal des flux sensoriels est une propriété biologique de l'organisme, donnant la possibilité à l'enfant d'expérimenter dès ses débuts de vie l'expérience d'un Soi perceptif, puis d'appréhender son nouvel univers de façon unifiée [15].

Ces notions rendent implicites la présence de **mécanismes cognitifs précoces**.

3. La nécessaire intégration corporelle

Après un temps capital d'observation microscopique des sensations, nous développerons toute la dimension du corps en tant qu'entité. Le nouveau-né est un être de sensations, mais des sensations arrivant de toutes parts sur et dans ce corps qu'il doit appréhender dans son unicité pour avancer dans la genèse de son Moi. Ceci passe par la constitution d'une image du corps, elle-même étroitement liée à la structuration de l'espace (G Haag).

3.1. Le schéma corporel et l'image du corps

Le **schéma corporel** est la représentation du corps par le corps, il est fondé sur les données sensorielles. Le terme **d'image du corps** intègre à cette notion neurologique les données

perceptives, intellectuelles, imaginaires, symboliques conjointes à la vie affective et relationnelle.

On sait que progressivement l'enfant à partir du deuxième trimestre de la vie, va appréhender progressivement son corps et celui d'autrui, pour acquérir un schéma corporel et une image du corps stable vers 3 ans. Cette image est renforcée par l'investissement libidinal que l'autre à envers lui et de celui qu'il a de lui-même. En même temps que l'enfant se constitue son image, il se représente l'espace : haut/bas, dedans/dehors... Vers 6-7 ans, ces notions doivent être totalement acquises ainsi que la notion du temps ce qui permettra la mise en place des apprentissages.

3.2. Le besoin de sentiment de sécurité

Revenons au début de la vie. A la naissance lorsque le bébé perd son environnement protecteur maternel surgissent des angoisses, les plus primitives selon E. Bick, celles de sensation d'écoulement et de chute sans fin. Le bébé va rechercher un objet contenant optimal « *qui apaise ses angoisses de chute et lui permette de rétablir la continuité avec les éléments du vécu anténatal et qui lui permette l'intériorisation d'une peau qui maintiendrait liées ensemble les différentes parties de sa personnalité* » [3]. Cette notion a été largement développée par D. Anzieu dans son célèbre *Moi-peau* sur laquelle nous reviendrons. S'il ne le trouve pas, il utilisera un autre canal sensoriel, en s'agrippant à une lumière, un bruit... afin d'essayer de se rassembler. Car le but est bien là, de créer un **sentiment de sécurité**, de rassemblement, afin de ne pas rester à des agrippements sensoriels (seconde peau musculaire d'E. Bick, carapace de F. Tustin [16], stéréotypies...)

L'unification des expériences sensorielles est un processus visible dans **les étapes intégratives de l'axe corporel**, décrites par G. Haag, se déroulant selon une loi céphalo-caudale.

3.3. Les étapes intégratives de l'axe corporel

Pour G. Haag, l'association du contact dos avec une interpénétration des regards (le paradigme étant la situation de nourrissage) constitue le fond sur lequel l'image du corps commence à se créer (« *présence d'arrière-plan d'identification primaire* » de Grotstein, 1980).

A partir de cela, l'image du corps débute par une sphère, qui donne le sentiment d'entourance, avec un noyau central dans la zone orale. Puis on accède au milieu, l'axe dans

la continuité du noyau avec le **clivage vertical**. Ce clivage vertical réalise une séparation du corps avec un côté droit représentant la fonction maternelle et le gauche plutôt la fonction bébé dans une **identification latéralisée** (« *objet latéral d'identification primaire* ») avec comme lien l'axe vertébral assimilé aux fonctions paternelles. Ce clivage est bien visible quand on observe des bébés au deuxième trimestre de vie dans leurs jeux de mains. Ensuite on arrive à partir de 5 mois au clivage **horizontal** entre les membres inférieurs et le haut du corps, avec comme ligne de démarcation le bassin.

Nous retrouvons globalement ces différentes étapes intégratives dans la théorie du développement sensorimoteur de Bullinger, centrée sur des **espaces** (=coordinations entre les modalités sensori-motrices) emboîtés que l'enfant s'approprie au fur et à mesure. Cela commence par l'espace utérin puis l'espace oral, le buste, le torse, le corps. L'espace du buste correspond à la coordination de la musculature postérieure et antérieure pour assurer une stabilité du buste (un arrière-fond), libérant la vision pour explorer. L'espace du torse consiste à la coordination des espaces gauche et droit du corps permettant aux mains de coopérer autour de la création de l'axe corporel. L'espace du corps est la dernière étape, de coordination entre haut et bas du corps secondairement à l'investissement du bassin. Les membres inférieurs peuvent se mobiliser pour porter l'enfant. Parallèlement se joue l'acquisition du contrôle des sphincters.

Si nous nous référons à la clinique instrumentale nous nous situerons dans un temps d'espace pour définir un déficit de praxie. D'un point de vue psychodynamique nous parlerons de clivage gauche-droit, haut-bas... [17].

Ces niveaux d'intégration nous montrent où en est le bébé de l'unification de ses expériences sensorielles, et parallèlement se joue dans ce corps une certaine activité de "pensée".

3.4. Les identifications intracorporelles (G. Haag)

Lors des moments où la mère (au sens large) est présente physiquement et absente psychiquement, le bébé a probablement un vécu d'angoisse avec le besoin de compenser en représentant dans son corps quelque chose de la fonction qui s'est distanciée, nous montrant à voir l'étape dans laquelle il se situe. Par exemple lors de l'alimentation, si la mère donne à manger à son bébé mais qu'elle s'absente psychiquement, il va jouer avec ses deux hémicorps, le droit (côté maman) va prendre le gauche (côté bébé) s'il se trouve au moment du clivage vertical [18]. En ce qui concerne les autres étapes ce sera le retour au noyau par un

auto-érotisme buccal en mettant ses doigts à la bouche, ou les membres inférieurs qui sont attrapés le bébé éprouvant le plaisir de la solidité de l'attache du bassin [17].

Nous observons ainsi des phénomènes de jonction, d'auto agrippement, d'auto contention qui auront pour le bébé une valeur de consolidation par rapport à l'absence relative de la mère, et donc ce qu'on pourrait appeler une **symbolisation corporelle**.

«Nous pouvons préciser grâce à l'observation que la motricité des bébés n'est pas tant, en dehors de la désorganisation des états de rage indifférenciée que cela, que les décharges rythmiques ont déjà une forme; beaucoup de mouvements semblent aussi des formes à la recherche de l'entretien de l'expérience préalable et déjà, en dehors de l'auto érotisme du suçotement, de l'entretien et de la recherche d'un petit nouveau vers les jonctions corporelles représentatives d'une certaine perception des liaisons» [19]. Dans cet article, G. Haag décrit puis interprète une séquence de vidéo d'un bébé de 3 mois et demi au tapis. On y voit la capacité du bébé de saisir les objets qui se fait parallèlement à celle d'autosaisies intracorporelles autoérotiques comme le main-bouche, main-main. L'hypothèse est que la capacité de saisir se fait comme une introjection-incorporation des liens sur le moment relationnel qui sert de support. En effet le bébé agite les bras et les jambes dans un mouvement de désorganisation et au moment où sa mère arrive *«joint très joliment les mains, main droite enveloppant main gauche. Puis la mère repart assez vite. Il recommence à geindre tout de suite, fait des mouvements d'expulsion des jambes»*. Avec le développement des capacités représentatives, ces identifications intracorporelles s'amenderont progressivement, remplacées par la capacité de symbolisation.

Ces étapes nous paraissent donc bien nécessaires et rejoignent la vision de l'équipe de Loczy pour qui les **activités motrices et manuelles** sont à la **source** de toute activité mentale qui se développe au même rythme que le développement sensori-moteur.

3.5. L'activité motrice autonome (E. Pikler [20])

Le corps est considéré comme le support de toute activité mentale, donnant lui-même lieu à des opérations "mentales", des pensées, des réflexions, précédées et suivies d'expérimentation, d'exploration, mettant en œuvre ce qui ressemble à déduction, anticipation, mémorisation, établissement de lien entre les objets, entre soi et les objets matériels, entre les objets et les personnes... *« L'activité motrice est productrice de l'activité mentale et l'activité mentale alimente et stimule l'activité motrice »*. E. Pikler défendait notamment l'intérêt d'une activité motrice autonome du bébé, constituant un temps d'intériorisation, d'intégration qui l'aide à élaborer ses émotions. Mais ce temps vient en

prolongement de temps à deux avec la mère ou l'équivalent. L'alternance de ces deux temps contribue au processus de séparation-individuation en permettant au bébé d'utiliser son propre corps pour mettre en action ses mouvements internes d'introjection et de projection, de possession et de rejet, ou encore de séparation, expérimentant le dedans/dehors, soi/non-soi [21].

Certains auteurs évoquent une **période critique** des 9 premiers mois, avec des périodes sensibles dans l'intégration de l'axe corporel au plan moteur, sensoriel, relationnel ou comportemental. Durant cette période, il pourrait encore y avoir une balance entre des schémas normaux et anormaux, la possibilité de récupérer un développement normal notamment avec une intervention thérapeutique [22], d'où l'utilité de l'examen attentif du développement sensori-moteur (appui posturaux, coordinations sensori-motrices, partage affectif). On ne trouve que ce que l'on cherche. Mais toutes ces notions ne peuvent se mettre en place que sur une expérience du temps, créant une continuité des divers éléments. Il est ainsi reconnu dans différentes approches le rôle du **temps** et des **rythmes** dans l'émergence des anticipations et de la pensée chez le nouveau-né, comme la portée pour des notes de musique.

4. Le tout dans un tempo particulier

4.1. Quelle est la conscience temporelle du bébé ?

Les recherches actuelles démentent l'idée que le bébé vit dans un "présent intemporel". Certes le bébé n'a pas notre notion du temps linéaire uniforme, mais une "mosaïque pointilliste" (Coster L. en 2007 in [23]). Cette "mosaïque pointilliste" serait faite de perceptions diverses, fragmentées, unifiées progressivement dans leur relation à l'autre.

Les expériences du temps sont précoces dès in utero, à la fois biologiques (bruit cardiaque, borborygmes maternels...) et par la rythmicité de la voix maternelle, paternelle ou d'autres bruits extérieurs. Rapidement à la naissance ces expériences se diversifient avec les rythmes sociaux comme l'alternance jour/nuit, fournissant au bébé des informations sur lesquelles il s'ajuste progressivement. Viennent ensuite les rythmes et les rituels nécessaires au développement des fonctions de mémorisation, anticipation. Les rythmes et les rituels sous-tendent l'implication d'interactions et la conscience parcellaire du temps du bébé qui se développera progressivement en intrication avec le développement de ses capacités cognitives. Vers 6 mois l'infans pourrait percevoir une certaine continuité démontrée par le

fait que les bébés pleurent en voyant leur mère enfiler leur manteau. Puis vers 1 an il aurait la possibilité de reproduire une séquence d'action dans un ordre causal [24].

D. Marcelli a étudié la temporalité des interactions au sein des dyades, et a développé ce qu'il appelle les micro et macro-rythmes [25].

4.2. Les micros et les macrorhythmes

Les **macro-rhythmes** correspondent aux rythmes du quotidien, à savoir aux interactions de soin avec des “anticipations confirmées“ : lever, repas, toilette, bain, coucher... Ces activités sont plus ou moins fixes et surviennent au moment où le bébé les attend puisque des signes précurseurs lui permettent d’anticiper, comme de déposer le bébé sur la table à langer et faire couler le bain ou des verbalisations « *je vais t’allonger sur la table à langer, puis retirer ton body, ensuite je te savonnerai* » lui procurant un sentiment de toute puissance, tissant son narcissisme. Ce rythme est dans une temporalité cyclique, il fait retour, est inscrit dans l’alternance jour-nuit, les saisons...

Les **micro-rhythmes** eux, se réfèrent aux situations d’interactions ludiques avec des ruptures de rythmes, des attentes trompées par des jeux de surprises et de chatouilles comme la célèbre petite araignée qui monte qui monte...où la mère change de rythme dans la progression de sa main créant l’effet de surprise, et un certain écart dans la dyade. Ils sont dans une temporalité linéaire comme l’être humain avec un début et une fin.

L’hypothèse de D. Marcelli est que les macro-rhythmes, dans leur temporalité cyclique, créent une base sécurisante pour le bébé, afin qu’il puisse investir les moments de manquements maternels ou de désengagements mère-bébé pour développer sa capacité de transformation des représentations, et ne pas être envahi par des angoisses massives de vide. Quelle est la différence entre le manque et le manquement? Une mère qui manque à ses obligations de mère est absente. Celle qui a des manquements est présente mais pas là où l’attend l’enfant. Si au manquement succède le manque, l’angoisse apparaît. Si au manquement succède les retrouvailles apparaissent rires, jubilation, plaisir. Winnicott parle de l’aspect traumatique de la séparation, qui si elle dure trop longtemps provoque un vécu de perte et une expérience d’agonie [26]. La notion de manque rappelle aussi celle classique développée par Freud de l’importance de l’absence et de la frustration dans l’émergence des représentations. A cette occasion, l’enfant hallucinerait l’objet absent dans une satisfaction hallucinatoire de son désir, comme une équation symbolique. Mais A. Ciconne rappelle que l’absence n’est maturative que si elle est en « *présence d’une rythmicité qui garantit le sentiment de continuité* » [27]. Un équilibre subtil est à trouver pour chaque dyade entre absence/présence, micro/macrorhythme.

Ces notions de macro et micro-rhythmes nous paraissent majeures et rejoignent la perspective instrumentale, pour qui le premier objet de connaissance serait la **régularité de l’interaction**, qui permettrait à l’activité psychique de former des habitudes à des

configurations stables de signaux sensoriels, dans toutes les sphères sensori-motrices, même si elles ne se font pas au même moment selon leur développement.

D. Anzieu évoque aussi cette idée en ajoutant dans le Moi-peau un sixième critère aux critères de l'attachement de Bowlby: la concordance des rythmes! (Pour rappel les cinq critères sont l'échange de sourire, la solidité du portage, la chaleur de l'étreinte, la douceur du toucher et l'interaction des signaux sensoriels lors de l'allaitement) [28].

4.3. L'enveloppe pré-narrative de Stern

Il est intéressant d'évoquer alors le concept d'enveloppe pré-narrative de Stern. L'enveloppe pré narrative est un exemple d'unité de base d'expérience subjective du bébé, dans un effort de conceptualisation du développement de la pensée comme les "signifiants archaïques" de Golse et Bursztejn, les "pictogrammes" de Aulagnier, les "agglomérats primitifs" de Bleger etc... C'est une «*unité de base hypothétique de la réalité psychique infantile,[...]conçue pour les nourrissons de moins de 1 an*» [29]. Cette première forme de représentation est une construction qui émerge de l'expérience subjective du bébé, expérience constituée d'éléments **invariants** concernant différentes modalités de l'expérience. Le plus simple est de prendre un exemple, et choisissons celui de l'expérience la plus fréquente du bébé : l'alimentation, de la sensation de faim à l'apaisement. (En effet à 1 mois à raison d'une tétée toutes les 3-4 heures l'enfant a vécu environ $6 \times 30 = 180$ situations d'allaitement). L'unité d'expérience est la sensation de faim qui s'accroît puis décroît progressivement. L'affect suit lui le mouvement de la sensation. Entrent en jeu aussi des modalités sensorielles diverses de la perception visuelle de la mère que le nourrisson va voir apparaître dans son champ visuel puis s'approcher, découvrir son sein ou partir préparer un biberon. Ensuite on pourrait parler d'une deuxième unité, du nourrissage à l'apaisement. Et pour Stern, cette unité d'éléments invariants est une abstraction par construction, à partir de variation d'éléments invariants. En effet si nous reprenons notre exemple, même si la situation se répète elle n'est jamais la même: le bébé a plus ou moins faim, la mère n'est pas coiffée, ou maquillée, ou parfumée de la même façon selon l'heure de la journée ou de la nuit ... Mais on retrouve la sensation de faim. Le bébé a retenu les éléments invariants. Il a construit une représentation d'interaction généralisée (RIG), qui unifie les différentes expériences.

La structure de cette unité est de type narratif dans la mesure où elle suit une **ligne dramatique** avec un agent, une action, un but, un objet, un contexte. Ces unités s'emboîtent pour donner une narration, comme les mesures d'un morceau de musique. On dit même que cette structure est pré narrative car elle survient chez l'infans, donc avant le langage. Elle

n'est pas innée mais découle de la **réalité**. L'élément invariant est une caractéristique d'une expérience répétée qui réapparaît chaque fois que le pattern général est observé, sachant que « *la constellation d'éléments invariants est un état émotionnel, affect, excitation, action motrice, perceptions, sensations, évaluation cognitives, situations. Tous sont nécessaires* » [29].

Le bébé naît donc avec un vécu prénatal sensori-moteur. A la naissance tout est à réaménager. Il a à traiter de nombreuses informations sensorielles, physiques qui lui parviennent dans et sur ce corps non unifié, pour ne pas être submergé par des angoisses massives archaïques. Progressivement dans une sorte de holding temporel psychique lié à une interpénétration initiale des rythmes mère-bébé, ces données vont s'organiser pour développer des pensées d'abord dans une symbolisation corporelle, éléments nécessaires pour appréhender ce nouveau monde terrifiant.

Mais comme l'a écrit Winnicott, « *un nourrisson seul ça n'existe pas* ». Le détour par le psychisme et le corps de l'autre est indispensable pour rendre pensable son vécu.

I.L'ANCRAGE INTERACTIF PAR LE CORPS

Nous avons développé des éléments qui nous paraissaient importants mais ceux-ci demeurent caduques si nous n'incluons pas la dimension interactive que cela soit sous une forme sensorielle, motrice, ou affective. Tout échange interactif se joue à plusieurs niveaux simultanément et selon une rythmicité adaptée normalement aux besoins de l'enfant. **L'enfant se construit dans l'interaction et il la construit.** Nous aborderons deux domaines majeurs: le tonus et l'émotion.

1. Le tonus

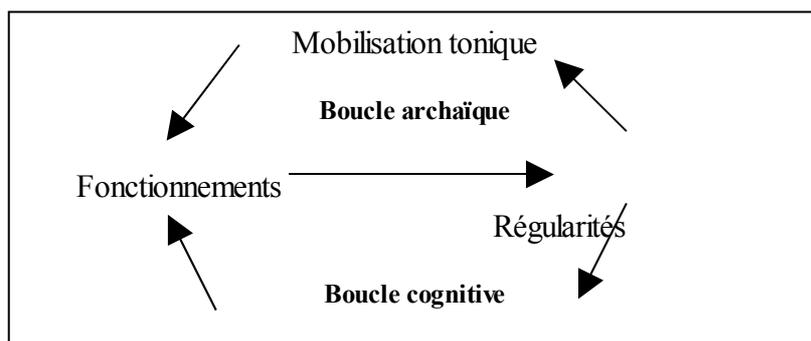
Winnicott décrit le **holding** comme l'ensemble des soins donnés au nourrisson, ou la façon dont l'enfant est porté, contenu, soutenu physiquement et psychiquement, permettant l'intégration psychique. Pour lui l'expérience la plus fondamentale est lorsque la mère et le bébé ont l'impression de faire un alors qu'ils sont deux, ceci permettant au bébé d'être (being) puis d'agir, de faire et subir pour faire progressivement l'expérience de soi. C'est-à-dire une identification primaire à l'objet support permettant à la fonction psychique de se développer. Il décrit aussi d'autres soins maternels que le holding: le **handling** correspondant plus à la façon dont l'enfant est manipulé, soigné, à la base de l'interrelation psyché-soma, et l'**object presenting** ou la manière dont sa mère «*lui présente le monde*», à la base des phénomènes

transitionnels et des relations objectales. Si l'équilibre entre les besoins de l'enfant et les soins maternels n'est pas obtenu, le bébé va vivre des **angoisses primitives**, ou une agonie primitive «*angoisse impensable dont le contenu est le suivant : s'en aller en morceaux, une chute sans fin, l'isolement complet en raison du manque de moyens de communication, la dissociation de la psyché et du soma*» Winnicott [30].

D'autres auteurs mettent également en avant l'importance d'un ajustement corporel entre les partenaires au le début de la vie.

1.1.L'équilibre sensori-tonique

A la suite d'H. Wallon, de J. de Ajuriaguerra, A. Bullinger a défini l'**équilibre sensoritonique** comme un état de l'organisme permettant à l'activité psychique d'être sensible aux signaux du milieu, sans que ces signaux ne désorganisent l'organisme. Un ensemble de signaux cohérents émerge alors, permettant à une action de se réaliser [13, 31]. L'équilibre sensori-tonique est schématisé de cette façon :



Dans la **boucle archaïque (tonico-émotionnelle)**, l'interaction de l'organisme avec le milieu crée des signaux modifiant le tonus du bébé et donc ses capacités d'interaction. Un équilibre existe entre la régularité (de la vigilance, des flux sensoriels, du milieu humain), la mobilisation tonique (dans les échanges physiques) et le fonctionnement de ses capacités de dialogue et de synchronisation tonico-émotionnelle. Une hypertonie bloque le bébé et l'empêche d'avoir une action sur la situation. A l'inverse une hypotonie ne fournit pas de points d'appui.

La boucle archaïque constitue l'arrière-fond de la **boucle cognitive (représentative)**. En effet la régularité des signaux alimente une activité psychique d'extraction d'invariants, afin de réguler l'équilibre cette fois sous une forme opératoire, comme avec le concept de D. Stern de représentations d'interactions généralisées.

Notre travail s'intéresse donc plus à la boucle archaïque puisque dans la boucle cognitive, nous sommes déjà dans le domaine des représentations.

Pour maintenir l'équilibre sensori-tonique de la boucle archaïque, le bébé dispose de plusieurs mécanismes de régulation comme la variation des états de vigilance et le dialogue tonique.

1.2. Les états de vigilance

Lorsqu'apparaît une désorganisation tonique, on peut assister à des passages d'un état de vigilance à l'autre, soit à un degré variable de disponibilité du bébé. C'est un contrôle actif et le mécanisme le plus archaïque du système de pare-excitation, bien connu des cliniciens dans le cadre du trouble précoce de la relation. Nous le détaillerons dans la deuxième partie.

Il nous semble important de mentionner le **besoin primaire de solitude** qui repose sur des fondements à la fois biologiques et psychologiques. Cette notion a été largement développée par D.W. Winnicott chez l'enfant plus âgé dans la "capacité à être seul" pour la formation du vrai self ou dans l'importance de moments d'autorégulation à l'issue ouverte [5], mais nous pouvons extrapoler en affirmant que ce besoin est présent dès la vie in utero où le fœtus a des rythmes de veille/sommeil. Le sommeil est une protection naturelle de pare-excitation, dans le sens de la régulation des afférences sensorielles, qui pourra d'ailleurs être utilisée lors de la saturation des afférences sensorielles. Ce temps de solitude est un moyen **normal** à disposition du bébé, et comme le définit Buchholz dans un article de 1999 « *le besoin pour un individu de se retirer psychologiquement, et par moments physiquement, pour constituer et reconstituer les stimuli de fonctionnement et de contrôle permettant d'optimiser sa propre organisation perceptuelle et cognitive* » [32]. D'ailleurs l'hypothèse est émise que les ratés sont aussi importants que les moments de régulation mutuelle pour que le bébé développe ses capacités d'auto fonctionnement, seulement s'ils ne sont pas trop fréquents. Cette notion reprend une notion freudienne de perception active de la fonction perceptive, les organes des sens allant au-devant des perceptions pour amener une petite quantité d'énergie à l'appareil psychique. Ceci semble se confirmer par le biais de données neurophysiologiques, avec un filtrage des perceptions de façon périodique principalement par la substance réticulée du tronc cérébral [33].

1.3. Le dialogue tonique

Il a été décrit par J. de Ajuriaguerra comme des ajustements corporels mutuels spontanés qui montrent une interaction de qualité. Le dialogue tonique serait le prélude au dialogue

verbal ultérieur. En effet cet échange physique permet de métaboliser le trop plein de sensations perçu par le bébé et de donner du sens aux signaux sensorimoteurs, remodelant l'enveloppe corporelle. Ce modelage a été décrit comme difficile chez les enfants à risque autistique, entraînant des déséquilibres toniques secondaires, souvent partiels. Il est très précoce car d'une certaine manière nous pouvons avancer l'idée qu'il existe aussi in utero. En effet le fœtus dans la cavité utérine réagit à une stimulation par un recrutement musculaire se traduisant par une hyperextension, hyperextension contenue par la paroi utérine qui l'aide à s'enrouler. Et cela se rejoue après la naissance, dans les bras de la mère. Progressivement se développe sa sangle abdominale lui laissant la capacité de se mobiliser seul.

2. L'émotion / le partage émotionnel

2.1. Pourquoi parler des émotions?

Depuis longtemps il existe un débat sur la place des émotions dans la cognition. Certains prônent une participation de la cognition dans les émotions pour l'évaluation (qui se base sur différentes composantes comme les réactions corporelles). D'autres avancent l'idée inverse, à savoir le rôle des émotions qui semble nécessaire à la cognition par la sélection des informations importantes. Nous n'avons pas la prétention de pouvoir apporter dans ce travail la réponse à cette question mais tâcherons de dégager des éléments en lien avec notre réflexion. Cependant l'hypothèse actuelle émergente est la corrélation étroite entre le développement psychique et le développement de la vie émotionnelle du bébé.

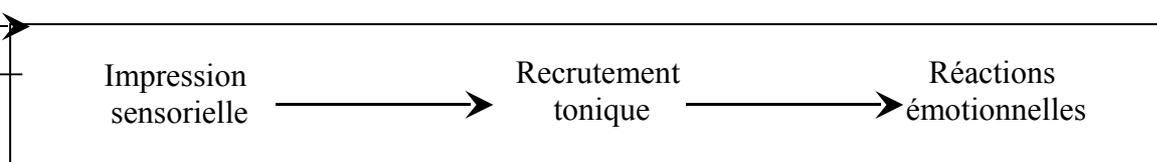
Avant d'aller plus loin, rappelons que l'émotion est définie comme une **notion complexe**, à plusieurs composantes: neurophysiologique, expressive, subjective, présentes dès le stade in utero. Même si on supposait l'existence de cet élément chronologique étant donné la communication sanguine fœto-maternelle de facteurs humoraux ou neurovégétatifs, il a été confirmé par des observations d'échographistes, où on voit le fœtus souffrir ou prendre plaisir en recherchant le contact de la sonde d'échographie à travers la paroi abdominale.

Selon H. Wallon, dans les Origines du Caractère chez l'Enfant, l'émotion est une adaptation à autrui entre les automatismes et les représentations, l'adaptation émotionnelle étant d'origine posturale. *«Les manifestations affectives ou émotives ont un pouvoir qui semble leur être si essentiel que ses effets sont parmi les premiers signes de vie psychique observables chez le nourrisson[...]L'émotion établit ainsi une communion immédiate des individus entre eux, en dehors de toute relation intellectuelle[...]Les relations interindividuelles qu'ils rendent possibles présupposent en chaque individu l'étroite*

combinaison du geste expressif et de la sensibilité qui lui répond[...] Le rôle qu'elle joue dans la vie psychique, l'émotion le doit au domaine particulier de sensibilité et de mouvement d'où elle est issue, le domaine de la sensibilité et des réactions posturales» (p145 in [34]). Nous allons aborder les différentes fonctions de l'émotion décrites par Wallon : l'émotion en tant que liée à la réaction posturale, puis en tant que moyen de communication.

2.2. L'émotion et la réaction posturale

Tout d'abord la sensibilité et le mouvement. Cette origine se retrouve dans l'étymologie du mot que D. Houzel rappelle dans le Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent [35]. Emotion vient du latin *emovere* (*ex movere*) faire mouvement à partir de, être excité, soit la **mise en mouvement physique puis psychique**. A. Bullinger, dans le sillon d'H. Wallon, a théorisé sur l'établissement d'une **plate-forme sensori-tonico-émotionnelle**. C'est la boucle archaïque décrite précédemment : au départ l'organisme reçoit une impression sensorielle et chaque impression sensorielle entraîne un recrutement tonique. La régulation de ce recrutement tonique étant du domaine de l'émotion, il en conclut qu'à la base nos réactions émotionnelles sont liées à un recrutement tonique.



Les recherches en neurosciences confirment cette hypothèse de liaison avec les réactions motrices. Une des études qui a amené à ce résultat a été réalisée chez des adultes. On leur demandait de contracter tel ou tel muscle de la face. L'observateur pouvait alors voir qu'ils mimaient une émotion sans en être conscient. Chaque profil d'activité des muscles de la face s'accompagnait alors de différences spécifiques et reproductibles de l'activité végétative, mesurée par la fréquence cardiaque, la température, la conductance cutanée. Plus l'expression faciale ressemblait à une expression émotionnelle réelle, plus la réponse végétative était importante jusqu'à souvent donner l'expérience subjective de l'émotion. La conclusion était qu'une des sources de l'émotion est une activation sensorielle en provenance des muscles et des organes internes. (Pour rappel les émotions entraînent des modifications végétatives par recrutement des systèmes sympathique, parasympathique et entérique du système végétatif, et des réponses somatomotrices.) Mais que dire alors des émotions par anticipation (comme la veille d'un examen) ? L'hypothèse est alors d'une stimulation complexe qui déclenche une activité nerveuse dans le cerveau antérieur, relayée vers les organes moteurs végétatifs et somatiques par l'hypothalamus et la formation réticulaire du tronc cérébral [33].

On reconnaît aussi l'existence de patterns physiologiques relativement différents pour différentes émotions et des différences individuelles dans la perception de ces patterns.

2.3. L'émotion comme moyen de communiquer

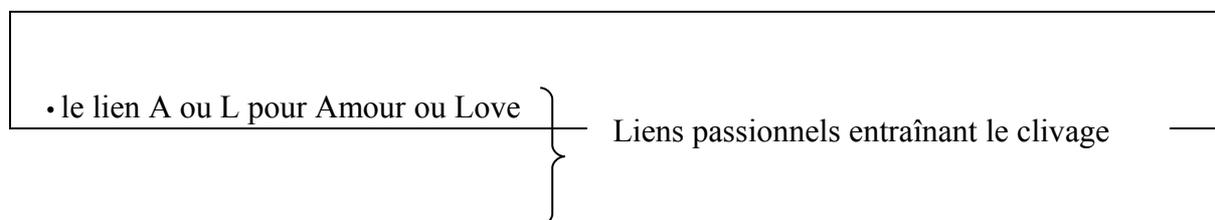
Pour la psychanalyse, la place de l'émotion dans la construction psychique est présente dès le début de sa création comme **moyen de communiquer** avec l'autre, sans être décrite comme un concept métapsychologique. D'ailleurs Freud distingue l'affect de l'émotion (cité in [36]).

L'affect est l'aspect quantitatif des mises en tension de l'appareil psychique par les pulsions, avec un effet soit positif dans une satisfaction pulsionnelle, soit négatif dans une augmentation de la tension selon le principe plaisir/déplaisir. Les représentations correspondent à l'aspect qualitatif. L'affect a donc pour Freud comme rôle de réguler la mise en tension de l'appareil psychique dans le domaine de l'inconscient, alors qu'il considère l'émotion comme un comportement conscient, une modalité destinée à informer autrui et donc à communiquer avec l'objet externe par des expressions comportementales, alliant le qualitatif et le quantitatif. L'affect explore des conflits inconscients et renvoie à la théorie de la pulsion, alors que l'émotion renvoie plus à un comportement manifeste conscient, et à la théorie de la relation d'objet. Freud va plus loin dans son article sur la Négation [37] où il écrit que le premier acte de penser, plutôt que de porter un jugement d'existence (cet objet existe-t-il ?) est de savoir s'il est source de plaisir ou non. S'il est source de plaisir, l'objet sera introduit dans le monde interne, dans l'autre cas il sera expulsé. « *L'objet peut être investi avant d'être perçu* » (S. Lebovici). Ensuite M. Klein rend l'émotion comme une " donnée " de l'inconscient [38].

L'émotion est perçue progressivement comme une manière de penser les objets.

2.4. L'émotion pour penser les objets

Pour Bion, disciple de M. Klein, l'émotion est capitale. Il compare le monde intrapsychique à un monde de relations entre des objets internes, et le lien entre les objets internes serait un lien émotionnel. Il décrit ainsi :



- | | | |
|---|---|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • le lien H pour Haine ou Hatred • le lien C ou K pour connaissance et Knowledge | } | Lien psychanalytique ue |
|---|---|-------------------------|

Le lien C s'enracine dans le lien A et H, liens émotionnels. Les émotions ne sont pas que de simples motivations pulsionnelles ou des conditions à la connaissance mais valent en elles-mêmes comme un premier mode d'appréhension et de connaissance de l'objet [39].

Dans cet esprit, D. Meltzer a développé la notion de "conflit esthétique" ou la découverte de l'objet primaire par le biais de l'émotion. Se sentant à l'étroit et limité dans l'exercice de ses organes sensoriels in utero, le bébé aurait une "pulsion à naître". Mais une fois sorti, il serait submergé par les stimulations sensorielles, comme nous l'avons vu, ainsi que par l'objet maternel, objet libidinal par excellence. Le bébé se poserait rapidement la question du dedans et dehors de l'objet, ou pour dire autrement est-ce aussi beau dedans que dehors ? Cette différence potentielle entre qualité externe et interne de l'objet serait source d'angoisse, inversant les positions kleiniennes avec une position dépressive initiale puis schizoparanoïde. Car devant ce conflit esthétique le bébé fragmente, pulvérise l'objet pour le détruire et échapper à ses angoisses. Pour D. Meltzer, le conflit esthétique constituerait la première expérience psychique du nouveau-né [40].

D'ailleurs des données récentes sur les émotions montrent que c'est l'affect qui contextualise l'engrammation puis l'évocation et la reconstruction de souvenirs, souvenirs non plus considérés comme liés à des traces mnésiques plus ou moins stables et fixées [41]. Le travail de l'émotion est considéré actuellement comme comportant **une part de représentation**.

2.5. Le concept d'émotions primaires et secondaires

Damasio parle de deux types d'émotions: les **émotions primaires** ou primitives et **secondaires** ou apprises [42]. Les émotions primaires seraient génétiquement programmées, liées à l'instinct de survie de l'espèce. Une stimulation entraîne une activation des afférences sensorielles des amygdales, d'où une réaction neurovégétative, la prise de conscience du vécu émotionnel et le comportement de fuite. Dans un deuxième temps les émotions primaires seront l'objet par le cerveau de démarches évaluatives qui modifieront le vécu et le comportement émotionnel: ce sont les émotions secondaires. Elles proviennent de l'activité de représentation mentale propre à l'identité de chacun qui converge vers le cortex frontal, et par l'intermédiaire de l'amygdale déclenchent des modifications neurovégétatives, perçues par le cerveau et modulées par rétroaction. Par exemple nous avons une réaction différente quand

nous sommes face à un lion qui rugit selon qu'on se trouve en brousse ou dans les gradins d'un cirque! Dans cette optique, un bébé a des émotions primaires puis progressivement avec l'avènement de ses capacités de représentation, la boucle de rétroaction se met en place. Cette distinction de deux types d'émotion nous semble faire avancer le débat sur la place de l'émotion dans la cognition.

Mais cette mise en sens des émotions a aussi largement lieu par l'autre.

2.6. L'émotion et l'autre: l'accordage affectif, la référence émotionnelle

Le courant développemental des interactionnistes, héritier en quelque sorte de la théorie de l'attachement de Bolwby, a développé la notion de la **fonction précoce des émotions dans les interactions sociales**. Selon eux, les premiers éléments de compréhension des états mentaux seraient véhiculés par les émotions. On a ainsi vu des expériences comme le *Still Face* de Tronick bien connu qui provoque in vivo un dysfonctionnement de la mère et dès 6 semaines de vie une réaction de détournement aversif du regard du bébé, ou bien le face à face télévisé avec la partie de la mère préenregistrée empêchant toute interactivité et où le bébé réagit dans ce cas intensément à la désynchronisation.

Nous développerons un peu plus le principe d'**accordage affectif** de Stern, à la base pour lui de l'accès à l'intersubjectivité. Il considère que ce principe, aussi appelé "harmonisation des affects", n'est véritablement opérationnel qu'à partir du troisième trimestre de vie en dépit de précurseurs probables plus précoces, dans la mesure où ils conditionnent et signent tout à la fois la mise en jeu d'une intersubjectivité efficiente.

L'accordage affectif est le fait que l'adulte en contact avec l'enfant soit capable de traduire un état affectif du bébé par un comportement dont la forme reproduira l'expression que le bébé a produite dans l'interaction. C'est un accordage **transmodal, au fonctionnement automatique ou inconscient**, transmodalité qui le différencie de l'imitation qui reproduit sur le même canal sensoriel. L'adulte offre à l'enfant un miroir de ses expériences émotionnelles, donc un accès à soi par l'autre. Chaque dyade a un style interactif, puisqu'il existe une spécificité du style de réponses apportées par l'adulte aux signaux de l'enfant. On parle d'accordage affectif unimodal ou transmodal, atténué ou amplifié, immédiat ou différé. Si on reprend la boucle archaïque et l'exemple d'un bébé qui a des coliques, celui-ci a des impressions sensorielles, traduites en recrutement tonique qui donnera lieu à une émotion "primaire". La mère qui tient le bébé dans ses bras et le sent se contorsionner changera son portage et en général accompagne de paroles l'état émotionnel qu'elle croit percevoir chez son bébé. Elle utilise d'abord un accordage unimodal (le canal tactile) puis transmodal (le

canal vocal), canaux utilisés suivant la même structure morphologique que les signaux du canal tactile envoyés par le bébé.

Plus la mère réalise un accordage affectif en parallèle de l'activité perceptive amodale du bébé et de ses transferts transmodaux, plus elle induit une richesse associative au niveau des premières créations protosymboliques du bébé.

L'accordage affectif est du domaine des interactions fantasmatiques, car le style interactif de la mère est lié à ses représentations intrapsychiques et donc elle transmettrait au bébé de cette façon des inductions identificatoires ou non. S. Bydlowski parle même d'interactions protosymboliques correspondant à l'interprétation que des parents peuvent faire des comportements de leur bébé transformant des indices en signes [43].

Dans cet esprit nous en arrivons au concept de **“la référence émotionnelle”** décrit par Cramer [44]. Ce concept ne correspond pas comme dans l'accordage affectif à une traduction par l'adulte d'un état affectif de l'enfant mais plutôt à la dimension émotionnelle de l'engrammation, à savoir l'appui émotionnel que l'adulte référent de l'enfant lui apporte dans son développement cognitif.

Il évoque l'expérience conduite par Emde avec un enfant de 9 mois qui dans une situation expérimentale, a recours à la mère lorsqu'il se trouve dans une situation ambiguë. Au bout d'un damier, à trois mètres devant lui se trouve un jouet attirant, sauf qu'à la moitié du damier, celui-ci laisse place à une plaque de verre recouvrant une **“falaise illusoire”**. Lorsque l'enfant arrive à ce niveau il s'arrête et se retourne, interroge sa mère placée derrière lui. Si la mère a eu comme instruction de sourire il continue son chemin, si on lui a demandé d'être inquiète l'enfant rebrousse chemin. L'enfant a adapté son expérience subjective en fonction des messages affectifs de sa mère. On assiste à la structuration du psychisme de l'enfant par la mère. Cela donne des profils interactifs de dyade, persistant à l'âge adulte. Ainsi on ne peut porter un diagnostic sans évaluer l'interaction mère-enfant.

2.7. Les feeling shapes

Les **feelings shapes** de D.Stern relient les éléments précédents. Ce sont des lignes émotionnelles, temporelles qui permettraient une reconnaissance et un investissement de l'objet par le biais de ses contours rythmiques interactifs avant que le bébé puisse le reconnaître par des moyens plus **“techniques”** comme la symbolisation. D'où l'importance des jeux mère-bébé avec effets de surprise, variations d'affects, prenant peu à peu une fonction représentative de l'objet très bien décrits par D. Marcelli dans Les châtouilles de

l'âme [45]. La tradition psychanalytique veut que chaque expérience interpersonnelle prenne forme dans l'après-coup or le bébé n'est pas capable de mettre en mots ni en symboles, il est dans le **présent**. Saint Augustin a parlé du passé du présent, du présent du présent et de l'avenir du présent. Les musicologues, comme Etienne Darbader, parlent de l'épaisseur du présent avec un horizon du passé, de l'avenir et la crête du présent. Le présent permet de saisir une globalité cohérente. Ainsi une note isolée n'est pas de la musique, la ligne mélodique si ! Dans l'expérience du présent du bébé il y a toujours un contour de l'expérience, une **unité temporelle**, avec les contours temporels de sentiments pendant qu'on est avec l'autre. D'ailleurs il a été démontré que toutes les 30 millisecondes, le cerveau effectue une série de prélèvements pour construire un échantillon de ce qui se passe dans l'affect, l'activité, la perception. On pense que l'être humain est construit de telle sorte qu'il peut voir tout ce qui est interpersonnel en termes de petites intrigues, sorte de manière de découper le monde.

Nous avons vu que l'enfant est très tôt compétent pour décoder les modalités du style interactif de l'adulte qui prend soin de lui (son objet primaire) ainsi que ses variations grâce à une capacité d'inscrire dans sa psyché une sorte de moyenne de toutes ses expériences interactives préalables correspondant à un véritable travail d'abstraction. En effet le bébé effectue une tâche d'extraction de certains invariants interactifs vis-à-vis desquels les écarts ensuite éprouvés constituent sans doute l'une des voies de passage possible des processus d'interaction fantasmatique. Ces constatations ont amené G.Haag à dire que les significations précèdent l'émergence des représentations, et D. Stern que les contenants émotionnels précèdent les contenus idéiques. Donc les émotions ont un rôle dans les protoreprésentations de l'objet par le sujet et l'objet a un rôle dans l'établissement de la communication des émotions.

II.LA QUESTION DE L'INTERSUBJECTIVITÉ

De ces différents éléments, se dégage en filigrane la question de l'accès à l'intersubjectivité, qui pour de nombreux auteurs est le lieu d'émergence de la pensée. A. Ciccone par exemple, reprend la notion de Bion selon laquelle les pensées sont épistémologiquement antérieures à l'activité de penser, elles sont travaillées par le psychisme de l'autre, de l'objet [46]. Cependant il insiste sur le "processus de croissance" de l'intersubjectivité, avec ce que l'on pourrait nommer un double mouvement de différenciation intra et intersubjective, et donc différents "stades" d'intersubjectivité.

Revenons à quelques définitions. L'**interaction** est une influence réciproque entre deux individus ou un individu et un objet. La **subjectivité**, selon Trevarthen, est *«le fait qu'un individu possède les rudiments d'une conscience individuelle et intentionnelle. Il crée des liens entre les objets, les situations et lui-même et prédit les conséquences »* [47], soit un processus de différenciation amenant le sujet à acquérir le "je". Quant à l'**intersubjectivité**, elle est *« le fait qu'une personne s'adapte ou ajuste son comportement à la subjectivité de l'autre »* [47], donc plutôt un processus de différenciation extra-psychique, où le sujet acquiert le sentiment d'être distinct de l'autre tout en percevant que l'autre se vit comme un individu séparé de lui.

1. L'interaction

Le petit humain à la naissance est immature et dépendant de son environnement mais il est capable d'effectuer certaines activités nécessaires à sa survie. Il en est de même pour les animaux chez qui ont été décrits les **comportements précâblés** [48]. Rappelons les travaux de H.F.Harlow dans les années 50. Il avait isolé des bébés singes de leur mère naturelle quelques heures après leur naissance. Les substituts maternels étaient soit une mère cadre de bois couvert de grillage mais comportant un biberon, soit une mère cadre de bois de même forme couvert de tissu éponge sans biberon. Si on leur laissait le choix, les bébés singes préféraient la mère tissu éponge. L'expérience a été renouvelée en retirant le biberon du substitut mère-grillage et ils préféraient toujours la mère tissu-éponge. Sa conclusion était que les bébés singes avaient un besoin inné de soins maternels prédominant sur le reste [49]. Pendant longtemps on a pensé que ces comportements n'existaient que chez les animaux, puis il a été admis que la plupart de ces comportements innés avaient des équivalents chez les bébés humains, comme le fait de téter à la première présentation au sein. Ils sont cependant plus ou moins complexes en fonction du développement de l'espèce, notamment au niveau de la réponse émotionnelle ou de préférence, qui sont ancrées dans le système nerveux bien avant toute expérience notable. De plus ces comportements subissent l'influence de facteurs environnementaux surtout actifs lors de périodes critiques plus ou moins longues et délimitées pour un comportement [33].

Donc il existe des éléments prédéterminés, et les interactions avec l'environnement ou l'expérience façonnent les circuits neuronaux et déterminent ainsi les comportements ultérieurs.

Kandel, neurophysiologiste, a commencé à démontrer en 2001 la **synaptogénèse en fonction de l'expérience** [50]. Les étapes de la construction des circuits cérébraux sont la

naissance des neurones, la formation des grands faisceaux de fibres, le guidage de la croissance des axones vers des cibles adéquates, et le début de la synaptogénèse. Ainsi se forme la connectivité cérébrale. Puis les profils d'activités nerveuses modifient le câblage synaptique du cerveau en développement. Les interactions avec le monde extérieur en post-natal influencent les structures et fonctions du cerveau (variation du niveau de calcium intracellulaire dans l'organisation du cytosquelette et de l'expression génique). Il semble que cette interaction ait un maximum d'effets pendant des fenêtres temporelles limitées appelées **périodes critiques**. La période critique, est le moment durant lequel un comportement donné manifeste une sensibilité particulière à des influences spécifiques, qu'il exige même pour se développer. Une fois passée, on devient réfractaire à l'expérience, et les mécanismes cellulaires qui opèrent une modification de la connectivité neurale aussi. Inversement, en cas de défaut d'exposition au stimulus approprié durant la période critique nous aurons des difficultés, voir nous ne pourrons pas y suppléer. Cependant lors du développement normal l'influence de l'activité sur la connectivité neurale permettrait quand même vraisemblablement au cerveau en cours de maturation de stocker les vastes quantités d'informations qui reflètent l'expérience propre à chaque individu.

D'où la notion de **binôme gène-environnement** comme mécanismes moléculaires et cellulaires de l'intervention de l'environnement dans les processus de plasticité cérébrale [48].

En 2001, Rizzolatti et al. ont décrit les **neurones-miroir** (cité in [33]). Ces neurones permettent au bébé de quelques jours d'imiter de façon synchronisée l'adulte qui se trouve en face de lui, particulièrement au niveau de la sphère orale comme ouvrir/fermer la bouche, tirer la langue... Cette imitation est secondaire à une décharge en lien avec la perception de l'action, à savoir que les neurones concernés par la réalisation de l'action s'activent chez les deux protagonistes, celui qui l'effectue et celui qui regarde. Or, contrairement à ce qu'on pensait, les neurones coderaient de manière différente en fonction de l'objectif de l'activité globale. Donc les neurones-miroir ne permettraient pas qu'une banale imitation. Nagy et Molnar en 2004 ont ainsi réalisé une expérience chez des bébés de moins de deux jours [51]. Cela consistait à susciter une imitation chez le bébé, puis à arrêter et observer. Il a été constaté qu'au bout de deux minutes de confrontation immobile, le nouveau-né qui avait son regard fixé sur l'adulte reproduisait l'expression imitée, comme pour prolonger l'échange. Une mesure parallèle du rythme cardiaque montrait une accélération juste avant de réaliser cet "appel". Les conclusions étaient que dès quelques heures, le nouveau-né a un potentiel d'imitation, en vue d'un échange, qu'elle n'est pas juste une reproduction de mouvements d'autrui, donc il a un **potentiel interpersonnel**.

Le bébé est un être social d'emblée, dans l'interaction, et l'interaction soutient la subjectivité puis l'intersubjectivité.

2. La subjectivité

Nous en arrivons à la subjectivité. Or qui dit subjectivité dit prise de conscience de l'**altérité**. Selon M. Mahler, le nouveau-né ne pouvait ni se percevoir ni se concevoir séparément de l'adulte puisqu'il ne pouvait élaborer une représentation psychologique de lui-même. De nombreux auteurs ensuite admettaient une confluence émotionnelle mère/nouveau-né sans qu'il puisse y avoir de conscience de soi séparé (Klein, Winnicott, Bion...)

Pour H. Wallon « *L'enfant commence par un syncrétisme total où tout est noyé dans sa propre subjectivité. Il se confond avec l'objet ou la cause de ses réactions. Il est lui-même comme à l'état diffus dans les situations qui le mettent en rapport avec autrui, sans qu'il sache encore se distinguer d'autrui. Puis la délimitation s'opérant, et à mesure que l'unité primitive est rompue, des relations s'établissent qui la maintiennent mais sur un autre plan, celui d'une pluralité objective. C'est d'abord simple dédoublement de deux personnages encore mal différenciés, bien que parfois en opposition. C'est alors que l'enfant commence à se voir en autrui, et il s'y retrouve d'autant plus facilement qu'il y projette quelque chose de lui-même. Similaire ou contraire à la sienne, l'action d'autrui lui semble faite plus ou moins sur le même modèle. L'assimilation succède à la participation primitive. Mais en même temps qu'il prête à autrui sa sensibilité kinesthésique, il reçoit une empreinte visuelle, car il s'attribue les effets vus en autrui lors d'une situation commune. Il commence ainsi une conscience plus objective lui-même* » [34].

Actuellement on s'oriente vers une **subjectivité précoce**. La notion de sens écologique de soi décrite par P. Rochat va dans cette direction. A partir d'une expérience simple, il prouve que dès la naissance, le bébé manifeste une connaissance perceptive de son corps propre. Cette expérience consiste à étudier le fuissement d'un nouveau-né en réaction à une stimulation péri-orale. Il note plus de mouvements de la tête et de protrusion de la langue associée à des succions à vide à une stimulation par le doigt de l'expérimentateur qu'avec la propre main du bébé avant 1 mois, puis plus à sa main après 1 mois. Ainsi le bébé développerait une subjectivité vers 1 mois [52].

D'autres avancent cet avènement à la période in utero. Pour S. Maiello « *les moments initiaux de l'émergence et de la différenciation de l'appareil mental par rapport à l'état primordial d'union fusionnelle psycho-physique sont précisément liés à la dimension*

acoustique ». Le fœtus perçoit les borborygmes de sa mère dès 3 mois de vie in utero et la voix humaine à 4 mois. Les borborygmes sont considérés comme réguliers, alors que la perception de la voix maternelle est elle aléatoire, provoquant un recrutement tonique et une accélération du rythme cardiaque. Cette expérience correspondrait donc pour elle à la première expérience d'altérité de l'enfant en prénatal, servant « *d'initiateur de l'activité protomentale* » [53]. Si le fœtus va bien, à l'écoute de la voix de sa mère à travers la paroi utérine, ce différentiel concourt à son sentiment continu d'exister, puisqu'il entraîne la prise de conscience d'une certaine altérité. Dans le cas contraire, à savoir, un fœtus qui a déjà une fragilité, cette émotion génère une réponse tonique et un gouffre existentiel. Cette hypothèse a été reprise par les personnes travaillant avec les autistes, notamment G. Haag, en partant d'une constatation clinique où les autistes étaient intéressés par les bruits des tuyaux. Selon G. Haag une hypothèse étiologique de cette maladie serait une prédisposition à ce premier niveau émotionnel, où la perception d'un différentiel sonore créerait une catastrophe au lieu d'un sursaut normal.

D'autres hypothèses de première prise de conscience de l'altérité in utero sont émises, comme D. Anzieu puis R. Prat qui évoquent plutôt le toucher, puisqu'il est le premier sens à fournir des informations.

Comment parler de prise de conscience d'altérité en prénatal avec notre conception classique de la notion d'objet ? S. Missonnier a dans cette optique créé la notion de Relation d'Objet Virtuel (ROV). Le fœtus aurait donc déjà un objet, tout en étant un objet. La Relation d'Objet Virtuel serait « *la constitution du lien réciproque biopsychique qui s'établit en prénatal entre les (re)devenants parents opérant une nidification biopsychique et le fœtus qui s'inscrit dans un processus de nidation biopsychique* » [7], rendant possible toute relation d'objet post-natale.

3. L'intersubjectivité

La notion d'intersubjectivité fait débat. Pour simplifier deux positions existent, et une troisième émerge. Nous pouvons parler de la position des Européens d'instauration graduelle et nécessairement lente de l'intersubjectivité, correspondant à la position classique. S'y oppose la position des Anglo-Saxons d'une intersubjectivité génétiquement programmée. La troisième hypothèse est une intersubjectivité acquise progressivement à partir de noyaux d'intersubjectivité primaire, sur laquelle s'appuie la croissance de la subjectivité [54].

3.1. Instauration lente

Le terme d'intersubjectivité n'appartient pas au corpus métapsychologique classique, d'ailleurs l'objet de travail des psychanalystes est l'intrapsychique plus que l'interpersonnel. Cependant il est de plus en plus considéré comme important dans les mécanismes intimes de l'ontogénèse de la personne. On retrouve ici une dynamique progressive d'un gradient de différenciation extra et intrapsychique en écho à la clinique, et notamment des enfants qui ne dépassent pas cette première étape de l'ontogénèse, développant alors des pathologies dites archaïques : autisme et psychose précoce.

M. Mahler par exemple parlait du processus "d'éclosion psychique" entre le premier et le deuxième trimestre de la vie. Ce processus suit une période de "gestation psychique" où l'enfant depuis la naissance est étroitement contenu dans le psychisme de la mère, dans un système intense et serré, **sympiotique**, où l'enfant ne peut se ressentir comme un objet distinct et séparé. Au bout de quelques mois, grâce à l'établissement de son "sentiment d'une continuité d'exister" (D.W. Winnicott), l'enfant prend conscience qu'il n'est pas seul au monde, réalisant un certain écart intersubjectif. L'enfant n'est plus dans une relation de type adhésive mais manifeste des comportements propres. L'adulte qui les remarque, est incité à penser que l'enfant a un espace psychique interne personnel, découverte qui va probablement de pair pour l'enfant avec la prise en compte de l'existence d'un espace psychique interne pour lui-même.

3.2. Intersubjectivité primaire

Les développementalistes soutiennent l'idée que pendant les 6 premiers mois de la vie, le bébé est préoccupé par le concept d'objet et que son attention est utilisée à cet effet. Puis entre 6 et 9 mois se développe le contrôle intersubjectif, soit l'apprentissage d'une communication à partir des états affectifs de l'objet.

Par exemple pour D. Stern, il existe différents types de soi. D'abord le Soi-émergent, dès la naissance, où le nourrisson posséderait de façon innée la faculté d'avoir conscience des processus d'organisation de soi, comme dans l'expérience de Rochat précitée. Entre 2 et 6 mois se développerait le Soi-noyau. Le bébé aurait la capacité de se ressentir comme une unité physique séparée, cohésive, limitée, avec donc une différenciation soi-autre. Puis entre 9 et 18 mois apparaîtrait une communication intersubjective avec autrui. Cette préprogrammation du nourrisson pour avoir conscience des processus d'organisation de soi proviendrait de la perception amodale du bébé, lui fournissant une expérience de soi perceptif, puis par le biais des interactions et notamment de l'accordage affectif, il s'organiserait une

subjectivité, puis la partagerait. C'est la **fonction réflexive**, mais une fonction réflexive où le bébé a une part active, notamment en provoquant les moments interactifs [14].

Tous ces éléments remettent en question l'état d'indifférenciation classiquement décrit par M. Mahler et la théorie classique de fusion du bébé avec son environnement de Piaget.

Trevarthen va plus loin puisqu'il parle d'intersubjectivité intentionnelle dès le début de la vie, d'une **intersubjectivité primaire** devant le constat que très tôt le nouveau-né nous montre de façon consciente les intentions, les sentiments de l'adulte. L'intersubjectivité primaire est définie comme une « *conscience réceptive aux états subjectifs des autres personnes et (le nourrisson) cherche à interagir* » [47]. Il va même jusqu'à parler d'une intelligence sociale du nourrisson, condition préalable nécessaire mais non suffisante du développement psychologique. En plus des comportements précâblés nécessaires à la survie, les espèces animales étant dépendantes de soins parentaux en début de vie auraient un processus de régulation intersubjective qui pour l'humain s'accompagnerait d'une capacité d'adaptation à la pensée de l'autre, capacité intrinsèque intégrant les informations sensorielles qu'il reçoit. Cette capacité se manifestant par des proto-conversations où l'enfant est en dialogue avec l'autre. A partir de 2 mois lors d'une protoconversation avec l'adulte, le bébé regarde les yeux et la bouche de son interlocuteur et il répond de façon rythmée en bougeant son visage, ses mains, et par des vocalisations. C'est une organisation psycho-neuronale cohérente qui contrôle le temps et la forme d'exécution des mouvements corporels, permettant des ajustements dynamiques dans les deux sens : le bébé se met au diapason de l'autre, l'adulte utilise une vocalisation musicale spécifique chargée d'émotions, une mobilisation ludique du corps du bébé.

Nous sommes loin du premier stade sensori-moteur, le stade de l' "exercice des réflexes" de Piaget, où il considère que les réactions motrices du nouveau-né ne sont que des réflexes, des réponses à des stimulations sensitives ou sensorielles.

Viendrait ensuite, vers 9 mois, l'intersubjectivité **secondaire** qui « *concerne le phénomène d'attention conjointe avec le partenaire aux objets de référence dans un domaine partagé de communication linguistique et extralinguistique* » (S. Braten in [8]). Soit une expérience partagée avec d'autres mais qui se réfère à une troisième entité: un objet, ou une autre personne, ou un événement de l'environnement.

Dans cet ordre d'idée on pourrait parler d' "intersubjectivité tertiaire" ou d'intersubjectivité symbolisable (S. Lebovici) avec le concept développé par Baron-Cohen et Leslie de la **Théorie de l'Esprit**, basée sur la capacité de se représenter sa propre vie

psychique, celle d'autrui et de lui attribuer des états mentaux, comme les émotions ou le désir. A la différence de ce que nous avons décrit précédemment, à savoir que cette capacité se développe à partir des interactions affectives et émotionnelles (idée soutenue par D. Stern et Fonagy en particulier), dans cette théorie son absence serait innée et conduirait notamment à l'autisme [55].

3.3. Des noyaux d'intersubjectivité primaire

B. Golse défend un troisième concept: un accès dynamique à l'intersubjectivité avec à la fois des moments d'intersubjectivité primaire et des moments d'indifférenciation, mouvement qui se met en place par la mise en rythme des différents flux sensoriels de l'enfant par l'enfant et par l'adulte qui prend soin de lui.

Le problème est ensuite pour le bébé et son entourage de stabiliser progressivement ces moments d'intersubjectivité pour qu'ils prennent le pas sur les états d'indifférenciation. Il cite la description des tétées par D. Meltzer et évoque ainsi la tétée comme une expérience d'intersubjectivité. Intersubjectivité car le bébé ferait l'expérience que les perceptions sensitivo-sensorielles issues de la mère (odeur, goût du lait, chaleur, portage...) ne sont pas clivées selon les lignes de la sensorialité du bébé mais seraient liées temporairement, lui faisant vivre un moment où l'autre pourrait exister. Puis le démantèlement reviendrait, jusqu'à ce qu'avec la répétition des expériences de tétée, le bébé acquière une notion stable d'intersubjectivité. Cette thèse n'est possible que si on part du postulat qu'il existerait des noyaux d'intersubjectivité primaire, même chez les enfants autistes, que B. Golse nomme par analogie avec les îlots autistiques décrits par M. Klein et F. Tustin chez les sujets névrotiques, les îlots non autistiques des sujets autistes. L'accès à l'intersubjectivité résulterait des mouvements de confluence des noyaux d'intersubjectivité primaire [56].

En dehors de ces différentes définitions de l'intersubjectivité, tous les cliniciens de la petite enfance se retrouvent sur son importance sur l'ensemble du développement psychique, que ce soit dans le domaine intellectuel, relationnel ou social. D.Stern allant jusqu'à écrire que l'intersubjectivité est « *un système fondamental de motivation inné et essentiel à la survie de l'espèce au même titre que la sexualité ou que l'attachement* » [14].

III.LA QUESTION DU PREMIER TRAVAIL PSYCHIQUE

Nous ne pouvons aborder le thème de la naissance psychique, même en se centrant sur les conditions d'émergence, sans aborder les processus originaires. Nous résumerons ces notions, puis le concept du Moi-peau, avant d'amener deux idées originales contemporaines sur le premier travail psychique.

1. Les processus originaires

Une des premières à avoir étudié les processus qui se trouvent en deçà des processus primaires de S. Freud est P. Aulagnier avec les processus originaires, à la suite des travaux fondateurs de W. Bion.

À la naissance, le bébé en devenant extérieur au corps de sa mère est comme nous l'avons expliqué " bombardé " de stimulations sensitivo-sensorielles. Selon P. Aulagnier tout éprouvé corporel, structure élémentaire composée de sensations, affects, subira un formatage, une traduction par la psyché sur chacun des trois niveaux des processus psychiques qu'elle décrit, traduction survenant tout au long de la vie [2]. Pour préciser le terme d'éprouvé corporel, ce sont des sensations qui restent à l'état de sensation, sans se parfaire en perception (conscience plus ou moins nette) mais ayant des effets physiologiques et/ou comportementaux. Ils constituent les éléments bêta de Bion qui seront métabolisés par la capacité de "rêverie maternelle" pour se transformer en éléments alpha ayant un statut psychique. Un exemple d'éprouvé concernant le temps, est d'abord un éprouvé du corps en temps qu'attente, un déplaisir somatique.

Les trois niveaux de traduction sont :

- les processus originaires : niveau archaïque, centré sur les émotions
- les processus primaires : des scénarios fantasmatiques
- les processus secondaires : de la pensée formelle logique

La première traduction correspond au pictogramme, un signifiant archaïque, soit un couple fait de la zone sensorielle et de l'objet cause de l'excitation, ayant une fonction d'autoreprésentation, d'autoengendrement selon le principe économique de plaisir/déplaisir. Le corps a selon elle comme rôle de préserver par autorégulation son état d'équilibre énergétique. En cas de rupture de l'état d'équilibre un éprouvé est ressenti, qui entraîne une réaction destinée à faire revenir à cet état, mais échappant à la connaissance de la psyché, même si cette dernière est informée, réagissant par l'hallucination venant dénier l'état de

manque. L'activité pictographique consiste « à métaboliser un élément d'information qui vient d'un espace qui lui est hétérogène, en un matériau homogène à sa structure, afin de permettre à la psyché de se représenter ce qu'elle veut retrouver de son propre éprouvé » [2].

Ces processus ne sont pas d'emblée présents dans l'activité psychique, ils se suivent temporellement, puis les trois fonctionnent. Une fois la dernière strate atteinte, tout acte entraînera un pictogramme, une mise-en-scène et une mise-en-sens, sans que le sujet n'ait conscience du premier.

D'autres signifiants archaïques sont décrits.

- les "proto-représentations" de Pinol-Douriez : qui sont des "affects-percepts", un amalgame sensitif, sensoriel, perceptif et moteur où les aspects affectifs, conatifs et cognitifs sont indissociables. Ce sont « des schémas prototypiques, qui correspondent à des invariants empiriques et provisoires » à condition que la situation soit contextualisée, c'est-à-dire qu'un élément sensoriel, moteur ou perceptif doit ouvrir la voie à des traces mnésiques d'un événement antérieur semblable [57].
- les "signifiants formels" de D. Anzieu [58]
- les "signifiants énigmatiques" de J. Laplanche [59] etc ...

Devant la multitude de termes, nous ne les détaillerons pas et renvoyons à la bibliographie. Mais tous ces concepts partent du principe qu'il existe avant les processus primaires un processus de pensée : le processus originaire, fait de sensations et d'émotion, élaborant une structure basique de signification, souvent très partielle, appelée à se transformer. Ces « *protoreprésentations, (sont constituées d'un) mixte d'éprouvés corporels et d'éléments pré figuratifs...* (Cependant la) *mise en place des enveloppes psychiques, même à l'état d'ébauche, est une condition préalable à la mise en route des processus de symbolisation* » (p65 J. Siksou in [60]). En effet pour que ces contenus se mettent en place, il leur faut un contenant.

2. Le Moi-peau [61]

En 1974 D. Anzieu énonçait pour la première fois le concept du Moi-peau qu'il développe dans ses livres en 1985 puis 1995. Ce concept remet sur le devant de la scène la notion de Moi et de corps. « *Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif.* »

Il résulte selon sa théorie du dépassement de différentes étapes. Initialement, le nouveau-né est doté d'un pré-Moi-corporel avec un élan intégrateur des données sensorielles, une tendance à aller vers les objets, tout en étant dans "un fantasme intra-utérin", à savoir un fantasme d'inclusion réciproque, de fusion narcissique primaire où la naissance est niée, formant un système fermé entre le nouveau-né et "sa mère". Ensuite se constitue le fantasme de peau-commune, soubassement indispensable au Moi-corporel que nous avons traité. La peau-commune assure une régulation au sein de l'unité mère-bébé dans une dépendance mutuelle, grâce à l'ouverture du système. Il existe une interface qui à la fois maintient ensemble et débute la séparation dans un bain de sensations, d'affects, de rythmes vitaux. Ces données sensori-motrices perçues sur un mode amodal semblent déjà porteuses d'un message pour le bébé, message qui n'acquiert cette qualité pleine et entière que dans le partage avec l'objet (son entourage maternant), selon le modèle de l'épigénèse interactionnelle. Nous évoquons l'amodalité même sur le mode tactile semble précurseur par sa qualité réflexive intrinsèque. L'interaction accompagne donc le passage de l'éprouvé sensoriel au message, au signifiant psychique puis à la représentation. Et cette transition de l'éprouvé en signifiant serait à l'origine du décollement du corps et du psychisme, à l'origine de la constitution du Moi-peau. Le Moi-peau résulte alors d'une part de l'intériorisation de l'interface devenant une enveloppe psychique contenant des contenus psychiques ; d'autre part de l'intériorisation de l'entourage maternant qui devient le monde intérieur des pensées, avec la condition du double interdit du toucher.

Le Moi-peau est donc une métaphore pour exprimer l'idée d'une formation psychique, de l'acquisition du Moi qui s'étaye sur l'expérience corporelle.

3. Un processus prépsychique?

Actuellement V. Bizzozero définit une autre strate, antérieure aux processus originaires. Il propose l'idée d'un processus prépsychique, un "premier formatage physico-chimique". Pour mieux l'expliquer il nous place dans la situation du fœtus, avant la maturation des organes des sens, à l'époque de la différenciation cellulaire, où une excitation sensorielle se produit sur des récepteurs et est inscrite, avant qu'un sens puisse lui être donné, donc avant les processus originaires, ces excitations rythmant les échanges physico-chimiques. Ainsi on aurait « *un temps parcouru par les premières excitations des organes des sens où les premiers « formatent » une première couche sensorielle, formation d'une première couche sensible sur laquelle vont venir s'inscrire par la suite les premières traces mnésiques, ce qui constitue un troisième temps, le temps d'un appareil psychique proprement dit* »[62].

4. Le toucher à l'origine de la pensée ?

Nous avons vu que le traitement multimodal des flux sensoriels est une propriété biologique de l'organisme rendant implicite la présence de **mécanismes cognitifs précoces**.

En ce qui concerne la mise en jeu de ces processus cognitifs liée à la détection de flux sensoriels, F. Jouen a réalisé une expérience en trois phases chez des bébés de 3 jours [63]. Première phase: des objets de texture rugueuse ou lisse sont placés dans la main des bébés et on recueille la durée et la fréquence de l'activité manuelle. Lors de la deuxième puis troisième étape on introduit dans le champ visuel des bébés un objet offrant une texture identique puis différente de celle de l'objet tenu dans la main, ou l'inverse, puis on retire l'objet visuel. Finalement le temps de tenu augmente lorsque les flux visuels et tactiles sont identiques, et reste inchangé lorsqu'ils sont différents. Les nouveau-nés sont donc capables de détecter des différences et des équivalences. Il y a un traitement cognitif actif, qui les aide à mettre de l'ordre, associé à leur capacité multi modulaire.

Mais le premier travail psychique serait selon R. Prat encore plus précoce, et basé sur le traitement des premières expériences sensorielles, donc du toucher sur une opposition contact/ perte de contact, soit un modèle binaire [9]. Ce modèle binaire par paire (chaud/froid, lisse/rugueux...) est déjà décrit comme un travail de catégorisation à la base de l'avènement des signifiants primordiaux, éléments constitutifs des premières représentations. Il dériverait en partie du référentiel du principe de plaisir/déplaisir. La particularité de la pensée de R. Prat, prolongeant celle de D. Anzieu, est de considérer que « *les caractéristiques mêmes du toucher vont être le fil rouge de tout développement psychique* », et notamment le fait que le toucher est obligatoirement réciproque, donc inscrit dans un rythme binaire de toucher/être touché dans un lien avec l'autre au sens large (la matrice utérine initialement puis la mère...). Les autres organes des sens arrivant progressivement à maturation suivront ce même tempo.

CONCLUSION

Le bébé naît avec un vécu prénatal sensori-moteur. A la naissance les données changent avec la pesanteur, la rencontre directe avec l'autre... D'autre part les stimuli sensoriels le submergent, le tout dans un climat affectif particulier, obligeant le bébé d'une certaine façon à gérer ces données sensorielles qu'il reçoit. De cette capacité se dégage les premières pensées qu'il exprime par son corps. « *La perception est ainsi inséparable d'un processus de transformation qui rend possible son « devenir conscient », elle résulte d'un processus*

d'organisation actif du sujet, ce que confirme l'ensemble des travaux qui lui sont consacrés »
R. Roussillon [64].

A partir de ces données, dans un esprit de prise en charge précoce à cette étape corporelle de l'ontogénèse, A. Bullinger a développé le bilan sensori-moteur, véritable rencontre avec l'enfant dans un dialogue physique explorant les postures, la régulation du tonus et la sensibilité aux flux sensoriels. Ce bilan éclaire sur le fonctionnement de l'enfant, ses appuis, les problèmes liés au niveau de la vigilance, de la sphère orale, de la régulation tonico-posturale, de l'intégration sensorielle nous aidant à adapter au plus près la prise en charge. L'aspect langagier est réduit à des mots accompagnateurs, étant donné qu'ils considèrent que c'est la meilleure façon de tester l'adéquation d'une situation aux possibilités de l'enfant. Concrètement il est réalisé sur demande des parents, en leur présence, et est filmé. L'enfant rentre dans la salle avec ses parents et l'examineur. On laisse l'enfant explorer la salle où se trouve le matériel d'examen. L'examineur commence les premiers échanges d'objet, puis évalue la modalité tactile, visuelle, auditive, vestibulaire, les appuis et les mises en forme du corps, les représentations de l'organisme, les activités praxiques. Il observe les réponses d'alerte et d'orientation à différents flux sensoriels et les note. Par exemple pour la modalité auditive, on teste la stabilité des réponses d'alerte, d'orientation et d'évaluation de la distance, les aspects instrumentaux de la communication par le langage. Pour cela ils utilisent deux hochets standardisés, des boules de bois, deux boîtes semblables dont une vide, des bips sonores, un tube électrique souple contenant des billes de plomb. La réaction d'alerte est ainsi explorée en laissant tomber à plusieurs reprises une boule de bois à côté de l'enfant. Normalement l'enfant présente un recrutement tonique et progressivement se prépare à l'approche de l'objet en fronçant les sourcils, grimaçant. La présence du soignant est là pour apporter des points d'appui à l'enfant concernant des limitations toniques ou posturales. La personne qui filme prend des notes succinctes des domaines explorés. Immédiatement après, se tient un entretien avec les parents où l'examineur commence par dire ce qu'il a ressenti dans l'interaction avec l'enfant. Les parents prennent la parole à leur tour. Ensuite l'examineur rapporte les faits qu'il a observé dans différents domaines : aspects émotionnels, régulation tonique, motricité fine, aspect sensoriel...Une anamnèse est éventuellement réalisée. Des propositions thérapeutiques sont proposées, considérées comme transitoires puisqu'elles doivent être adaptées aux conduites de l'enfant.

2^{ème} PARTIE

LE CORPS DU BEBE COMME LIEU D'EXPRESSION D'UNE SOUFFRANCE

« Le corps est la voix d'expression privilégiée du bébé et de la pathologie précoce que ce soit dans la désorganisation somatique ou dans le registre des comportements tonico-moteurs. L'évaluation des signes de souffrances psychiques est difficile : ils sont ténus et labiles donc difficiles à repérer. D'autre part ils apparaissent peu spécifiques touchant aussi bien l'alimentation que le sommeil, la motricité et le tonus. Les formes qu'ils prennent et leur intensité ne préjugent en rien de leur gravité. Les signes de souffrance du bébé sont d'abord un appel à l'aide ; ils témoignent d'un déséquilibre avec son environnement et ses tentatives d'y faire face. » M. Lamour dans Souffrance autour du Berceau

INTRODUCTION

Nous venons de voir quelles étaient les conditions d'émergence de la pensée chez le bébé lorsque la danse interactive s'effectue harmonieusement. Nous allons maintenant nous intéresser aux dysfonctionnements qui peuvent venir entraver ces pas de deux ou plus, et donc altérer le développement psychique, jusqu'à générer une souffrance, qui s'exprimera précocement d'abord par le corps du bébé.

Mais à cet âge, les bébés n'expriment pas de demande. Il est nécessaire d'attendre que l'adulte (parent ou professionnel) se rende compte d'anomalies.

Pour ce qui concerne les professionnels, nous avons peu accès aux tous petits. Pourquoi ? D'abord parce que l'arrivée d'un enfant dans un foyer est considérée dans notre société comme un évènement très heureux et il est difficilement concevable pour tout le monde que cela se passe mal. De plus nous sommes souvent noyés par le discours parental, très riche dans les mois qui suivent une grossesse, notamment pour la mère par une certaine "transparence psychique" (Bydlowski). Le soignant est aussi mis à mal dans son

interprétation du comportement du bébé qui nécessite un mouvement régressif et d'empathie profonde pour être au plus près de la réalité psychique intersubjective du bébé, lui renvoyant des angoisses archaïques.

Finalement qu'est-ce qui interfère dans la construction psychique ? Le bébé est-il en cause ? Ou les personnes qui s'occupent de lui ?

Avant d'aller plus loin, nous pouvons commencer à répondre à minima à ces questions. Nous venons de voir l'accès précoce du bébé, dès la naissance, à un certain degré d'intersubjectivité. Cette capacité donne la possibilité d'un certain type de travail psychique quelle que soit la structuration du moi (travail psychique face à des souffrances très primitives), et à l'idée de l'influence réciproque de chaque partenaire de l'interaction dans le vécu de l'autre, non plus dans une dynamique linéaire mais de "spirale" [65]. Ainsi actuellement dans le domaine de la psychiatrie infantile, le modèle psychopathologique dominant n'est plus linéaire (une attitude maternelle entraîne un symptôme de l'enfant) mais en cascade, dans une spirale transactionnelle [54]. La théorie transactionnelle de l'interaction est nommée « contingency » par les Anglo-Saxons, terme introduit par Greenspan et Lieberman en 1980. Un comportement est alors dit contingent, non-contingent ou anti contingent.

De plus la clinique des interactions est importante, pouvant être le seul indice sémiologique des troubles psychopathologiques en voie de constitution chez l'enfant, dans l'état actuel de nos connaissances concernant la clinique du bébé.

Nous évoquerons donc d'abord ce qui du côté du bébé peut perturber le lien mère-bébé et donc cette nécessaire interaction de bonne qualité pour un développement ultérieur. Puis nous irons du côté de la maman, au sens large de celle qui prend soin du bébé, pour aborder les trois grandes catégories des mères déprimées, carencées, psychotiques. Enfin nous poserons la question d'une clinique précoce du bébé, de signaux d'alarme d'altération de son développement, sachant que la clinique de l'infans est comme l'écrit M. Lamour peu spécifique. Un même comportement peut renvoyer à des problématiques fort différentes d'autant que les mécanismes qui permettent l'expression des émotions chez le bébé sont aussi des mécanismes qui permettent leur évitement. Par exemple l'évitement du regard présent le soir du premier jour de crèche ou dans les signes pré autistiques, à la dépression précoce ou la douleur. Un diagnostic ne peut être posé sans avoir exploré la situation relationnelle du bébé [66].

Pour cette partie nous nous intéresserons encore principalement aux premiers mois de la vie pour les mêmes raisons, à savoir que cette période est une période majeure du développement, à double tranchant, et qu'il existe encore une tendance auto correctrice et résiliente en cas de prise en charge précoce, sinon l'influence sera considérable sur le reste de la vie de l'enfant.

Nous sommes bien conscients que ce sujet est vaste et que nous serons par conséquent probablement schématisés dans notre propos.

I. DANS L'INTERACTION JE DEMANDE... LE BÉBÉ

Au début de la psychiatrie infantile, on considérait que les troubles de l'enfant constituaient le symptôme de la famille, puis de la relation interpersonnelle. Progressivement notre regard s'est posé au plus près de l'enfant, sur ses particularités toniques, motrices, perceptives, ses rythmes, qui influencent les échanges avec la mère. Ces variations de la normale ne sont pas pathologiques en soi mais peuvent amener à des difficultés de l'entourage pour apporter à l'enfant une réponse adéquate.

1. Les angoisses primitives / de séparation

Pour T.B. Brazelton le bébé n'est un partenaire actif que si ses besoins sont satisfaits, avec dans l'ordre: une régulation dans le domaine végétatif (sommeil, alimentation, système cardiorespiratoire), une régulation de la motricité puis des états de vigilance [8]. Nous pourrions ajouter la contenance des ses angoisses primitives, puis de séparation.

Les **angoisses primitives** sont selon D. Mellier des **tensions émotionnelles**, en-deçà des émotions qui mettent en souffrance le bébé dans son existence psychique vis-à-vis de lui-même, comme de ses liens avec les autres [38]. La première à les décrire est M. Klein en 1952 dans Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés [67]. Selon elle à la naissance, le bébé a un Moi primitif immature, qui manque de cohésion et sera exposé à des angoisses suscitées par l'opposition entre la relation d'amour et de haine pour l'objet partiel, la pulsion de vie et la pulsion de mort dans une position schizoparanoïde. Ce thème des angoisses primitives sera ensuite développé par E. Bick, D. Houzel, F. Tustin, D.W. Winnicott, comme des sensations de chute sans fin, de liquéfaction, précipitation, craintes d'effondrement, terreur sans nom. De par leur registre archaïque, elles se manifestent par des signes **infra verbaux**, fins, dont le décryptage par l'adulte nécessite soit une profonde

empathie, soit une préoccupation maternelle primaire pour la mère [38]. Le bébé met rapidement en place des mécanismes de défense primitifs pour tenter de se protéger de cette perception catastrophique de l'existence comme l'identification adhésive où le bébé se colle à l'objet pour ne pas souffrir d'une séparation radicale, se fixe à une lumière ou s'agrippe à sa musculature (E. Bick)... Nous verrons également les comportements de défense pathologique décrits par S. Fraiberg. On est plutôt dans un **climat** tendu pouvant engendrer des actes ou des manifestations psychosomatiques de la famille, du bébé, ou des soignants. Ces angoisses primitives n'ont pas de cible privilégiée, elles se répandent dans l'environnement.

W. Bion a développé leur nécessaire transformation pour l'avenir de la psyché du bébé, transformation s'opérant à partir du lien mère-enfant, lui-même noué grâce à une identification des émotions intolérables du bébé dans la psyché de sa mère. Mais ce fonctionnement alpha peut aussi s'inverser. Le bébé projette alors une angoisse de mort dans sa mère, mère qui peut être incapable de la contenir. Or lorsque la mère a elle-même peur de cette projection, elle renvoie au bébé son angoisse ajoutée à l'angoisse projetée. C'est ainsi que nous rencontrons des mères qui s'effondrent en répétant « *je ne la (le) comprends pas* » indiquant un trouble de cette fonction alpha, leur incapacité à transformer le malaise de l'enfant, leur impossibilité de ressentir leurs propres émotions de bébé. Leur façon de calmer le bébé est par exemple le bercement d'un landau roulé indéfiniment, des ballades en voiture avec le ronronnement du moteur, ou l'aspirateur, c'est-à-dire un registre qui échappe à la pensée.

Les **angoisses de séparation** interviennent elles par définition dès la prise de conscience de la séparation de l'objet et du sujet, soit vers 5-6 mois, limite posée par D.W. Winnicott et admise ensuite. Elles correspondent à des angoisses plus élaborées, où les manifestations émotionnelles sont communicables, reconnaissables, se réfèrent à une **relation privilégiée** avec des émotions qui se diffractent entre les différentes personnes.

Même si une limite d'âge est reconnue, les connaissances actuelles sur les capacités précoces du bébé à établir des relations privilégiées avec son entourage proche nous permettent de considérer cette distinction pour apprécier les différences de fonctionnement psychique, mais en aucun cas une distinction de qualité de la souffrance.

Comme nous l'avons évoqué des mamans de par de multiples facteurs, sont en difficulté devant les angoisses de leur bébé, notamment primitives, que tout bébé ressent tant qu'il n'a pas intégré les expériences que lui procurent le sentiment d'une continuité d'être. Mais

certains bébés ressentent plus que d'autres ces angoisses. Cette **variabilité** chez le bébé de l'intensité, pose la question du tempérament.

2. Le tempérament

L'avènement de la théorie de l'attachement a amené à étudier dès M. Ainsworth l'implication des comportements du bébé dans la constitution du pattern d'attachement par l'intermédiaire de leur implication dans les réactions maternelles. On s'est rendu compte que le développement neurobiologique de l'enfant ne suffisait pas pour expliquer son influence plus ou moins directe sur ses partenaires d'interaction. Certains parlent de variations interindividuelles, les approches constitutionnalistes plutôt de constitution, caractère, personnalité, tempérament.

Le tempérament du bébé regroupe différentes conceptions selon l'importance d'une origine génétique, la relation ou non entre le tempérament et le développement, les éléments qui servent de base à théoriser. Globalement 30 à 50% de la variance du tempérament serait due à des facteurs **génétiques**, et le reste à l'**environnement**, donc à la composante interactive. Une majorité ne le considère plus comme stable dans le temps [68].

Rappelons la célèbre étude de Thomas et Chess de 1977, étude longitudinale sur 133 bébés normaux de familles « normales » jusqu'à l'âge adulte, cotant 9 éléments : la motilité, la rythmicité des fonctions physiologiques, l'approche et le retrait devant des stimuli, l'adaptabilité aux nouvelles situations, l'intensité des réactions émotionnelles, l'humeur, la persistance de l'attention, la distractibilité, le seuil de réactivité aux stimuli. (Ces différents paramètres sont repris dans l'échelle des comportements néonataux de Brazelton.) Ils ont ainsi défini trois tempéraments : faciles (les bébés expriment leurs émotions, émotions qui sont modérées, rythmées, avec une bonne adaptation aux situations nouvelles), difficiles (fréquents comportement de retrait, émotions négatives), lents à s'échauffer (avec des réponses tardives et souvent associées à des réponses émotionnelles lentes et négatives). Le tempérament est selon eux « *un style de comportements, donné à la naissance, et qui peut changer au cours du développement* » (cité dans [68]).

Ces dernières années, de nombreux auteurs se sont mis d'accord sur quelques comportements néonataux de base du tempérament : l'irritabilité, la consolabilité, et l'activité motrice, les trois étant liés.

L'**irritabilité** est la faculté avec laquelle des stress plus ou moins minimes, endogènes ou exogènes, déclenchent un épisode de pleurs. La **consolabilité** est elle la facilité plus ou moins

grande d'apaisement du bébé. L'**activité motrice** renvoie à l'intensité des mouvements corporels.

L'irritabilité a été la notion la plus étudiée. On comprend aisément qu'un bébé irritable puisse vite épuiser les ressources physiques et psychologiques de la mère, et donc agir sur la relation précoce mère-enfant [24]. De plus les bébés irritables ont été décrits comme plus vulnérables car plus dépendants et sensibles aux comportements maternels comme aide à leur régulation [69]. Certains mettent d'ailleurs en lien les bébés irritables avec la dépression du post-partum, jusqu'à faire l'hypothèse de formes génétiques de vulnérabilité par rapport à la dépression du bébé [70]. D'autres mettent plus en évidence son aspect positif, à savoir un facteur provoquant l'échange avec le partenaire de soin. Ainsi Korner remarque que quatre fois sur cinq le bébé favorise l'interaction par ses pleurs (cité dans [24]).

Nous pouvons regarder le concept d'irritabilité sous différents angles. Par contre la consolabilité est beaucoup plus claire. En effet un bébé difficile à consoler renvoie forcément des éléments négatifs à la mère sur ses capacités maternelles, elle l'interroge sur sa subjectivité, sur ses représentations maternelles, en plus de l'épuisement physique et psychique. Ceci amène à des dysfonctionnements interactifs.

Nous pouvons également nous poser la question du rattachement de cette notion à la catégorie "**troubles de la régulation**" de l'axe 1 de la classification Zero to Three [71]. Cette catégorie de la classification Zero to Three correspond aux difficultés du bébé « *à réguler ses comportements ou ses processus physiologiques, sensoriels, d'attention, moteurs ou émotionnels et à un maintenir un état de calme, de vigilance ou émotionnellement positif* », favorable au développement cognitif. Trois troubles sont décrits : **hypersensible** (sur-réactivité ou hypersensibilité à divers stimuli et des bébés qui peuvent se montrer craintifs ou prudents ou bien au contraire opposants ou provocants), **sous-réactif** (sous-réactifs à différents stimuli, ils peuvent apparaître en retrait et difficiles à engager ou bien absorbés en eux-mêmes), enfin **désorganisé** du point de vue moteur, impulsif, affamés d'apports sensoriels (agressifs et intrépides ou impulsifs et désorganisés.)

Le concept de tempérament est donc un outil pour évaluer les éléments que le bébé amène dans l'interaction, éléments réels ou supposés par la représentation maternelle. Un autre élément rentre en compte dans les capacités du bébé à appréhender son monde : son équipement neurobiologique.

3. Le déficit de l'équipement neurobiologique

Cette dimension est également majeure, et pourrait faire l'objet d'un travail à part entière.

Nous avons vu précédemment l'importance de l'équipement de l'appareil sensoriel. Dans cette lignée, nous devons ajouter la question de la prématurité, du retentissement d'une maladie somatique, d'un déficit sensoriel, de la douleur... Plutôt que de rester dans de vagues généralités, nous avons décidé de retenir le déficit visuel congénital, diagnostic qui nous avait interpellé car posé à 4 mois chez un enfant du service, Naïm, chez qui nous interprétons les troubles du regard par un retrait relationnel.

Yvette Hatwell, parmi les différents déficits sensoriels, a choisi de s'intéresser au déficit visuel congénital du fait du rôle particulier de la vision, par son flux continu et riche en informations. Elle décrit chez les bébés aveugles une faible activité manuelle spontanée, avec les mains « *souvent rétractées près des épaules, les doigts remuant à vide ou bien enfoncés dans les yeux pour produire des ombres chez ceux qui ont des perceptions lumineuses* » [72]. Le bébé n'est pas non plus poussé à attraper des objets, ne les voyant pas, d'autant que la coordination audition-préhension est beaucoup plus tardive que celle de la vision-préhension. Elle rapporte qu'un objet tombé des mains et qui n'est plus perceptible, est récupéré à 6 mois pour les voyants et 16 mois pour les non-voyants. Ce retard existant pour la motricité générale, elle conclut à un retard perceptivo-moteur et cognitif des bébés et jeunes enfants qui s'atténuerait par la suite, par la mise en place d'autres stratégies. Des modifications mesurables dans l'anatomie et le fonctionnement des aires corticales et sous-corticales de la vision ont d'ailleurs été mises en évidence chez des chatons ou jeunes singes ayant une privation précoce dès 1981, découverte qui a valu le prix Nobel à Hubel et Wiesel de l'université de Harvard qui concluaient à une plasticité cérébrale [8]. Cependant Y. Hatwell note un pourcentage faible d'aveugles précoces ne présentant pas de retard de développement [72]. V. Lewis rapporte des études ne montrant pas non plus de différence entre des enfants aveugles et voyants, et notamment la sienne avec l'exemple de H., aveugle congénital suivi de la naissance à 6 ans [73]. Or H. a développé une capacité de représentation équivalente à celle des enfants voyants à quelques différences près (absence de catégorisation dans sa deuxième année, association fréquente des objets à des actions dans le langage). Elle en conclut plutôt que « *les enfants aveugles sont capables de se représenter leur environnement à travers les sens qu'ils ont d'intacts et les différences constatées pourraient être dues à la nature des informations qu'ils ont à leur disposition* » donc par les flux d'autres canaux sensoriels. Selon la notion de perception amodale, nous pouvons de la même façon écrire que des mêmes données d'information peuvent venir de différents canaux, donc que la privation d'un si les autres sont pourvus a moins de conséquences que ce qu'on pensait. Cependant on en revient au départ, pourquoi alors des enfants aveugles ont des retards? Elle cite Millar qui avance

l'idée que si « *les informations provenant des autres modalités que la vision ne convergent pas suffisamment, la redondance est insuffisante et la capacité à se construire des représentations complexes pourrait être limitée* » [73]. Dans ce point de vue instrumental, le déficit sensoriel entraverait à la fois **l'accès aux signaux spécifiques** et diminuerait les **redondances**, sachant que le flux visuel n'a pas qu'un rôle de capture d'image, il est aussi important dans le contrôle de la posture et dans le repère spatial du corps, ainsi que le réglage des mouvements des bras lors de la capture et la manipulation d'objets. Par conséquent il entraînerait des **désorganisations** des fonctions tonico-posturales, instrumentales, et représentatives. Ainsi il est classique d'observer un effondrement tonique à trois mois d'un bébé aveugle congénital. Ceci est secondaire à la diminution des synergies caractéristiques des premiers mois de vie au profit de coordinations nouvelles. Les aides de l'entourage entreraient alors en compte pour apporter des flux substitutifs lors des moments développementaux nécessaires [13]. Or les parents d'enfants aveugles, plus globalement les personnes qui s'occupent de l'enfant, rapportent un sentiment d'étrangeté qu'ils éprouvent devant ce bébé qui ne communique pas avec ses yeux. Le **regard mutuel**, dont nous parlerons plus tard, a un rôle majeur dans l'attachement réciproque, dans le déclenchement des réactions de la mère.

De plus le déficit visuel congénital est fréquemment associé à des dysfonctionnements du système nerveux central, comme la rétinite consécutive à la prématurité.

Après ces données théoriques, parlons maintenant de Naïm.

Vignette clinique n°1

Mlle V. est hébergée dans un centre maternel depuis son 5^{ème} mois de grossesse. Elle était en errance depuis quelques mois, sans attache, sauf avec une de ses sœurs avec qui elle a été placée en famille d'accueil à l'âge de 3 ans, suite à des maltraitances physiques de la part de leur père. Mlle V. a 21ans quand elle accouche seule, à terme, de son garçon.

Naïm a 1 mois 2 semaines et 4 jours (observation d'une infirmière):

« De grands yeux mangent son visage, des yeux dévoilés lentement par un mouvement de paupières, lent et gracieux. Je peux apercevoir clairement dans ce regard la reconnaissance maternelle. De loin il reconnaît son pas, tourne la tête en sa direction puis il la regarde avec de grand yeux plutôt interrogateurs....Il plafonne souvent laissant une drôle d'impression à l'observateur ... »

A 2 mois sur un temps de " biberon vagabond " selon l'expression de la mère, biberon donné par l'infirmière :

« Il ne me regarde toujours pas, ses yeux sont grands ouverts et il promène son regard sans cesse. Ses mains s'ouvrent et se referment, les doigts en crochets. Si bien qu'avec sa

main gauche il finit par se triturer l'œil gauche....Pendant le change, je teste un peu son regard. Vraiment difficile à capter. Il ne suit pas du regard, ni mon visage, ni les objets. »

Sur un temps d'éveil trois jours après :

« Ses yeux sont grand ouverts, mobiles avec une bonne présence. Il découvre le monde d'abord à travers l'air qui l'entoure, les bruits qui l'entourent... »

A 2 mois et demi:

« Même si les temps d'éveil sont plus longs, sa gestualité est pauvre. Globalement sur la journée le dialogue corporel montre une hypotonie avec une tendance à l'endormissement. Ses bras offrent une gestualité lente. ...il cherche à s'accrocher à un support imaginaire. Je n'observe que peu de regards, pas d'échange vocal. »

Observations de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

En relisant l'ensemble des observations de ce bébé une fois le diagnostic de déficit visuel posé par l'équipe de pédiatrie, nous nous sommes rendus compte que nous avons perçu le déficit, mais que nous étions envahis par les comportements de la maman.

Naïm semble utiliser préférentiellement le canal auditif (reconnaît sa mère par le bruit de ses pas). Les bruits sont son repère principal à ce moment. Nous retrouvons aussi les caractéristiques toniques décrites précédemment : peu d'activité motrice, il appuie sur son œil gauche comme pour se créer des stimulations visuelles. Naïm et sa maman ont été accompagnés au Centre d'Action Médico Social le plus proche, et le temps restant de leur prise en charge en hôpital de jour mère-bébé, nous avons essayé avec sa mère de lui apporter le plus d'informations possible sur les autres canaux, notamment le toucher et l'audition, pour nous ajuster à la réalité de son fonctionnement.

Ces quelques remarques n'ont pas pour prétention de résumer les caractéristiques de développement d'un enfant aveugle, mais d'attirer notre attention de pédopsychiatre clinicien sur la prise en compte d'une part organique possible dans toute symptomatologie.

Après avoir évoqué la part du bébé dans l'interaction, approchons-nous de sa personne de référence, le plus souvent sa mère.

IV. DANS L'INTERACTION JE DEMANDE... LA MÈRE

En ce qui concerne notre sujet du développement psychique du bébé, B. Golse a écrit que *« toute psychopathologie parentale, et notamment maternelle, va venir compromettre le rôle de l'objet primaire dans ses fonctions de contenance et de transformation et donc via tous les mécanismes que nous avons vu dans sa capacité à aider l'enfant à éprouver, à psychiser et à prendre conscience de ses propres émotions »* [74]. L'enfant intérioriserait donc une partie de la psychopathologie maternelle, raison pour laquelle il est important de décrire dans ce travail les grandes lignes des troubles de l'interaction du côté de la mère. Pour information, Van Ijzendoorn et al. en 1992 ont montré que l'effet des problèmes maternels sur l'attachement

était plus grand que l'effet des problèmes de l'enfant car la mère peut compenser le handicap de son enfant alors que l'enfant ne peut pas compenser ceux de sa mère [75].

Nous avons choisi de nous centrer sur les troubles de l'interaction qui sont quelquefois les seuls signes de la mère, reflétant plus intimement ses conflits psychologiques internes. Ce point de vue clinique particulier, nous met d'ailleurs de temps à autre en décalage avec nos collègues psychiatres s'occupant de la mère en tant que femme ("non-mère"). «*Il apparaît que la dysharmonie des interactions est le marqueur le plus fin et le plus précoce de difficultés intrapsychiques de la mère* » V. Delzenne [76].

Les trois grandes catégories répertoriées par la plupart des auteurs, et notamment M. Lamour dans son ouvrage Souffrance autour du berceau, seront traitées [77]. Ce sont les mères déprimées, les mères carencées et les mères psychotiques, sachant que les expressions symptomatologiques de la mère sont variées et variables notamment dans le temps donc on ne dressera que des traits de référence globaux. Une autre possibilité aurait été de les aborder selon la dichotomie de M. Ainsworth (troubles qualitatifs et quantitatifs de l'interaction), associée à la notion de double carence des discontinuités interactives (domination des échanges par l'imprévisibilité, donc la catégorie la plus grave) mais cela nous a semblé moins lisible [8 ,68].

1. Les différents éléments de l'interaction

Commençons par un rappel des données de base de l'interaction mère-bébé, que nous aborderons à la suite de S. Lebovici comme les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques.

1.1. Les interactions comportementales ou naturelles ou éthologiques

Elles débutent dès le prénatal, par exemple avec les mouvements de rapproché du fœtus vers la paroi utérine quand la mère touche son ventre, ou que le père parle contre... Elles concernent ce qui est observable dans la dynamique des échanges comportementaux entre le bébé et pour simplifier sa mère. On distingue différents paramètres [77] :

Le niveau **moteur** avec le dialogue tonique de J. de Ajuriaguerra décrit précédemment, et tous les gestes de tendresse ou de toucher.

Le niveau **visuel** avec les échanges de regard (présents ou non, avec un bébé devenant rapidement actif), et le regard mutuel développé par Winnicott [5]. Le regard mutuel

correspond au fait que lorsque le bébé regarde sa mère, les yeux de cette dernière jouent le rôle d'un miroir, en reflétant différents états affectifs du bébé vus à travers le psychisme maternel et par conséquent cela aiderait l'enfant à se constituer une image de soi différenciée de celle de sa mère. Le regard mutuel est aussi important pour la mère dans son accession au sentiment de maternalité. Les tenants du courant de l'attachement parlent ainsi du *bonding*, sentiment d'attachement avec un besoin immédiat de protéger son petit.

Un autre élément important est le niveau **vocal**. Dès la naissance le bébé "engage la conversation" avec ses pleurs et ses cris, et immédiatement la mère leur porte une intention communicative en les interprétant en fonction de son histoire, son vécu actuel, sa sensibilité, dans une anticipation indispensable des capacités de l'enfant. Cette capacité maternelle prend part à la maturation psychique du bébé, lui assurant un sentiment de sécurité. Parallèlement elle adapte son timbre vocal plus aigu, accentue les intonations, allonge les voyelles, simplifie la syntaxe, imitant souvent la vocalisation précédente du bébé... ou le "parler bébé", évoluant en fonction de la maturation de l'appareil langagier de l'enfant [77].

1.2. Les interactions affectives

Les interactions **affectives**, ou l'accordage affectif abordé dans la première partie, ce "bain des affects" où baigne le bébé essentiellement à partir de 6 mois avec l'expérience plus précise d'une communication intersubjective. La mère transpose dans un autre canal sensori-moteur ce qu'elle perçoit au niveau affectif de son bébé. Par exemple elle vocalise selon la même ligne mélodique que les mouvements du poignet qu'elle vient d'apercevoir. Leurs vies émotionnelles s'ajustent.

1.3. Les interactions fantasmatiques ou l'influence de leur vie psychique

Cette influence a souvent comme médiateurs les éléments des interactions comportementales et affectives, le monde interne de la mère colorant son style interactif, en véhiculant des inductions identificatoires ou contre-identificatoires envers son bébé.

Vient en ligne de compte l' "**arbre de vie**". Selon S. Lebovici il existe dans le monde interne de la mère quatre enfants entourant la naissance de l'enfant réel : l'enfant **fantasmatique**, **imaginaire**, **narcissique** et **mythique** [78]. Pour être bref l'enfant fantasmatique est le reflet de son désir inconscient œdipien d'un enfant de son propre père, donc un désir d'enfant qui se construit dans l'enfance. L'enfant imaginaire est le résultat de ses constructions conscientes ou inconscientes durant la grossesse. L'enfant narcissique est le

dépositaire des attentes des parents, et l'enfant mythique celui de la société et de la culture de référence des parents.

Ces trois niveaux de lecture aident le clinicien dans l'abord d'une dyade pour mieux comprendre ce qui se déroule sous ses yeux. Appliquons-les comme grille pour les troubles de l'interaction.

2. Les particularités de la dyade bébé-mère déprimée

2.1. Généralités

Les caractéristiques de l'interaction d'une mère déprimée avec son bébé ont été les plus étudiées et sont dominées par un accordage affectif unimodal, plus différé et plus atténué.

Les dépressions maternelles post-natales (DPN), représentent un problème de santé publique car elles toucheraient 10 à 15% des femmes dans les semaines qui suivent leur accouchement. Il semblerait que seulement 3% de ces dépressions soient reconnues et traitées car leur diagnostic est difficile, à la fois parce qu'il existe de nombreuses formes particulières mais aussi parce que notre société (mère, médecin, entourage...) est encore réticente pour admettre qu'une mère à ce moment normalement de bonheur puisse se déprimer. Il faut les différencier du baby blues et des psychoses puerpérales, même si certains auteurs parlent de continuité entre ces trois états. Pour rappel le post-partum blues est un syndrome dysphorique bénin apparaissant entre le troisième et le dixième jour après l'accouchement durant de 12 à 24 heures, alors que les éléments psychotiques dominent le tableau clinique de la psychose puerpérale avec une apparition entre la première et la troisième semaine postnatale [79]. Ce serait une situation à risque pour le bébé selon Weissman cité dans [8], car l'enfant dont la mère aurait développé une DPN aurait trois fois plus de risque de développer des troubles du développement par rapport à la population générale. Notons qu'il est actuellement admis que l'équation mère déprimée/bébé déprimé n'est pas valide. Voyons plus en détail les perturbations de l'interaction.

2.2. Les interactions comportementales

Les interactions comportementales sont moins fréquentes au niveau moteur, vocal, visuel. Les mère réagissent avec retard ou ne réagissent pas aux signaux de l'enfant [69]. Les observations fines montrent une discontinuité avec la présence de microruptures [8].

2.3. Les interactions affectives

L'observation plus globale montre un défaut de synchronisation de l'accordage. En effet la thymie de la mère s'exprime par son tonus mais aussi par son manque de mimiques, l'absence de plaisir partagé, une certaine dimension opératoire des soins mécaniques sans affects, des paroles à la fois rares et avec des caractéristiques mélodiques et rythmiques particulières [80]. Weiberg et Tronick ont confirmé cette notion dans une grande étude réalisée en 1993. Selon eux l'élément le plus important est un défaut de régulation mutuelle, car les affects négatifs font partie des échanges "normaux".

Le partage émotionnel étant pauvre, l'attention conjointe est difficile pour le bébé et nous observons alors rapidement chez le bébé des troubles de la régulation des émotions [81], des signes de retrait affectif avec évitement fréquent du regard. Soit l'enfant se détache de l'objet mortifère soit il l'intègre [81].

Il est pourtant difficile de mettre en correspondance avec cette pathologie maternelle un profil interactif avec des dysfonctionnements de même nature, de par la grande variabilité des profils interactifs. Certains l'expliquent comme la diversité des caractéristiques de la dépression. Cohn et Tronick décrivent des profils de mères dépressives intrusives, rudes, hyper stimulantes ou dépressives, tristes, silencieuses, apathiques [82].

Dans une autre optique, B. Cramer voit la dépression du post-partum comme une forme de pathologie de la préoccupation maternelle primaire, comme une conséquence de dysfonctionnement interactif [44]. On se trouve dans une vision de la théorie transactionnelle et donc sur une psychopathologie du lien plutôt qu'une psychopathologie périnatale.

3. Les particularités de la dyade bébé-mère carencée

3.1. Généralités

Cette catégorie nous a été "révélée" par Selma Fraiberg dans son célèbre livre Ghosts in Nursery (fantômes dans la nurserie) [82]. Elle y montre les liens entre des parents au passé de carences affectives ou de négligences, et les retards de développement de l'enfant ou ses troubles du sommeil... Son hypothèse est que certains parents répètent ce qui leur est arrivé dans le cadre d'une transmission intergénérationnelle alors que d'autres non, selon la possibilité de refoulement des affects associé aux événements traumatiques de l'enfance. On se trouve dans la catégorie d'une double carence, à la fois quantitative et qualitative, marquée par des distorsions des relations.

M. Lamour définit les familles carencées par des carences sanitaires, éducatives et sociales avec une absence d'organisation de la vie quotidienne marquée par une discontinuité des soins parentaux et la fréquence des situations de crise [77]. L'histoire des parents est faite de carences, et fréquemment d'une psychopathologie grave, souvent non reconnue. Ils sont d'ailleurs en général non demandeurs de soins, de crainte qu'on leur retire leur enfant par leur vécu d'exclusion, de carences narcissiques. Sur un temps court d'observation, ces dyades peuvent faire illusion, mais dès qu'on est attentif à la continuité, cela n'est plus le cas.

3.2. Les interactions comportementales

Au niveau des **interactions comportementales**, il n'existe pas ou peu d'ajustement tonico-postural avec une alternance imprévisible de corps à corps et de lâcher, des interactions visuelles et auditives pauvres. Ces mères ayant souvent peu investi leur propre corps ont la plupart du temps une difficulté dans les soins corporels.

3.3. Les interactions affectives

Pour les interactions affectives, il n'existe pas d'échanges mutuels véritables. Ces mères ne sont pas attentives aux manifestations émotionnelles de leur bébé, donc ne leur donnent pas de sens, voire agissent de façon stéréotypée avec souvent une réponse unimodale comme le biberon ou la sucette à toute manifestation du bébé [79]. M. Lamour note aussi peu de différenciation entre les émotions de la mère et celles du bébé.

L'interaction mère-bébé est dominée par une alternance imprévisible du tout au rien à la fois microscopique dans les séquences interactives, et macroscopique dans la vie quotidienne, dans des formes agies de fantasmes d'abandon des parents. L'état d'insécurité est permanent, le bébé ne peut maintenir une représentation de sa mère.

3.4. Les signes cliniques du bébé

Ce dernier vit dans le chaos. Par l'absence de rythme, le bébé n'a aucun repère, il ne sait jamais ce qui va lui arriver, comment sera sa mère, allant du vide à l'excitation, avec des attentes interminables, l'absence de bras contenant, rassurants.

Certaines particularités cliniques du bébé ont été retrouvées. Sur le plan somatique un retard staturo-pondéral, des troubles des conduites alimentaires, et un retard du développement moteur, des troubles du langage. Myriam David appelle ces enfants "les enfants vides", présentant une atonie affective globale, un non investissement de l'activité exploratoire et de

leur corps. Le bébé grandissant dans ce chaos développe des stratégies pour survivre tout en paraissant attaché à sa mère mais souvent sur le mode insécurité-évitant.

4. Les particularités de la dyade bébé- mère schizophrène

4.1. Les interactions comportementales

Les données actuelles sont variables sur la lune de miel du 1^{er} et 2^{ème} mois où la fonction maternelle serait pour certains bénéfique pour le bébé [84]. En effet ensuite les temps d'éveils augmentent avec une demande plus pressante d'interactions, vécue de façon plus intrusive par ces mères.

Au niveau **visuel**. On note une quasi absence de regards mutuels, avec un évitement du regard chez la mère, et un évitement en miroir chez l'enfant ou une hypervigilance visuelle le plus souvent à l'étranger. L'accrochage visuel à l'autre a été interprété comme « *une tentative de se rassembler ou de se réorganiser à travers le regard de l'autre* » J. Dayan [79].

Les interactions **corporelles** sont difficilement prévisibles alternant entre des rapprochés intenses de fusion et de rejet, reflet de la pathologie dissociative de la mère.

Les interactions **vocales** sont pauvres. La mère parle peu, ne reprend pas les vocalises. De plus le discours de la mère peut être contradictoire, paradoxal, voir délirant. Le bébé en réaction est silencieux.

4.2. Les interactions affectives

En ce qui concerne **les interactions affectives**, il existe peu d'accordage affectif, et peu d'expérience de communication intersubjective. Les mères schizophrènes distinguent difficilement les besoins et les désirs du nourrisson. Cela peut s'expliquer par la relation d'objet psychotique, le désir de fusion de la mère avec le bébé imaginaire rendant l'accès difficile au besoin du bébé réel, et leur déni des progrès de développement de leur bébé, dans une peur de l'autonomie. Les expériences délirantes sont comprises par certains comme un signe de l'impact de l'existence de l'enfant reconnue par la mère.

Par ailleurs ces bébés sont souvent très investis, mais par un investissement qui ne leur est pas destiné (enfant imaginaire de la fusion, voire d'objet partiel).

4.3. Les interactions fantasmatiques

La mère au lieu de digérer les angoisses archaïques du bébé les lui renvoie, démultipliées, car elles rentrent en résonance avec les siennes, ce qui renforce le système défensif de l'enfant.

4.4. Les signes cliniques du bébé

Le bébé présente des variations de sa tonicité : hyper ou hypo, avec une diminution des mouvements volontaires. Ils sont souvent accompagnés par des variations de la vigilance [80]. Leur réponse est adaptée à celle de leur mère et non l'inverse, comme s'il se représentait lui-même comme inactif sur l'environnement. Il respecte ainsi le seuil de tolérance de sa mère pour ne pas devenir un objet trop persécuteur, mécanisme protecteur pour les deux, mais étant défensif il peut freiner son développement psychique puisqu'une partie non négligeable de son énergie psychique est utilisée pour la surveiller. Une « *grande partie de son énergie psychique étant investie dans la surveillance de l'environnement qu'il ne peut contrôler, comme si le nourrisson vivait en permanence dans un état d'alerte* » M. Lamour [77].

Nous développerons plus en détail dans la troisième partie les particularités des interactions d'une mère schizophrène avec son bébé.

Ces résumés de notions des dysfonctionnements de l'interaction mère-bébé, interaction soutenant la construction psychique, nous amène à proposer des approches thérapeutiques ayant pour objectif de la modifier. « *La suppléance discrète introduite par des intervenants plus ou moins professionnalisés permet d'introduire auprès de la mère aberrante des modèles à l'action douce et souple. Il s'agit peut-être de permettre l'organisation d'une certaine conduite dans le temps et l'espace* » S. Lebovici [85].

I.SIGNES CLINIQUES DE SOUFFRANCE PRÉCOCE DU BÉBÉ

Nous venons de voir les influences à la fois du bébé et de la mère dans cette spirale interactive nécessaire à toute construction psychique. Ne pouvant dégager de principe causal linéaire, une connaissance fine des signes de souffrance précoce de l'infans nous semble un indicateur intéressant du fonctionnement contingent ou non de ce système bébé-environnement, et donc des conditions du développement psychoaffectif à ce moment crucial.

Il est difficile d'être attentif à ces marqueurs, car « *ces bébés en souffrance qui se construisent dans des interactions profondément perturbées nous font d'abord vivre un*

“ désaccordage “, une mise en échec de nos processus empathiques. D’où la pauvreté de nos ressentis, la pauvreté de nos représentations, voire la sidération de notre fonctionnement psychique. S’installe un malaise diffus, vécu dans notre corporéité, mais impossible à mettre en mot » D. Mellier [38].

L’utilité de la prévention précoce des troubles du développement psychique du nourrisson fait consensus. Nous allons essayer dans ce chapitre de définir quelques repères.

1. Les “ comportements de défense pathologiques “ de S. Fraiberg [86]

La description de S. Fraiberg des quatre “ comportements de défense pathologiques “ est célèbre et marque le début d’une réflexion plus approfondie dans ce domaine. Elle les a décrits chez des enfants entre 3 et 18 mois dont les mères avaient en commun d’alterner des moments d’absence psychique et de crises de fureur imprévisibles. La mère n’exerçant pas son rôle de pare-excitation, de base de sécurité. Le terme de défense est ici utilisé comme un phénomène réactionnel issu du répertoire biologique de défense de l’enfant, non comme un mécanisme de défense classique comme pour les adultes, car le Moi n’est pas encore construit. C’est la raison pour laquelle elle le précède de “comportements “. Selon elle avant 18 mois, les parents sont normalement protecteurs, et le nourrisson se tourne automatiquement vers sa mère en cas de besoin. Si la mère ne répond pas de façon adéquate, il développe ces comportements. Parmi les quatre comportements, elle en distingue trois relevant précisément du répertoire biologique : l’évitement, le gel et la lutte. Le quatrième, la transformation des affects, reflète la transformation de la souffrance en plaisir.

1.1. L’évitement

L’évitement ou avoidance est le premier à apparaître, dès 3 mois. Il existe chez les enfants normaux, comme mécanisme régulateur, mais il devient pathologique à partir du moment où il est sélectif et discriminatoire. Par exemple le bébé va éviter sa mère par un balayage visuel mais s’arrêtera sur le visage de son père. Ou bien il ne tourne pas automatiquement sa tête dans la direction de la voix de sa mère. S. Fraiberg interprète l’évitement comme une protection d’une émotion pénible. Le bébé a dû vivre des états de détresse sans qu’il puisse se retourner vers sa mère, états provoquant une désorganisation résolutive par l’épuisement. L’image de sa mère est alors associée à une menace contre son fonctionnement.

1.2. Le gel

Le gel ou figement ou freezing est repéré à partir de 5 mois. Comme son nom l’indique le bébé s’immobilise avec un gel de la posture, de la mimique et de la voix, comme une défense biologique contre un grand danger, souvent une situation nouvelle. Elle provoque une douleur

physique, puis un effondrement avec un état de désorganisation totale. Le bébé s'épuise dans des situations de stress permanentes, il n'est jamais apaisé.

1.3. La lutte

Ce sont des enfants qui présentent à la fois des conduites de "petits monstres" le jour et une grande anxiété la nuit générant des troubles graves du sommeil. Avant les moments de "bataille" le clinicien perçoit des signes de terreur sur le visage de l'enfant. Après apparaît la désintégration. Finalement la lutte ne serait qu'une lutte contre un état de désintégration.

1.4. Les transformations de l'affect

Elle les retrouve chez des enfants de 9 à 16 mois, qui ont connus une anxiété chronique et profonde depuis le début de leur vie, enfants qui transforment la souffrance en plaisir. Elle cite le cas de Billy âgé de 5 mois au cours d'un biberon qui « *se met à rire et à agiter ses pieds avec excitation* » alors que la mère vient de retirer brutalement le biberon de la bouche, séquence qui se répètera à plusieurs reprises.

S. Fraiberg conclut que ces comportements de défense correspondent à un « *mécanisme de suppression de la perception qui élimine sélectivement le visage et la voix de la mère et qui sert apparemment à écarter les affects pénibles* ». Ils peuvent être liés aux mécanismes qui seront utilisés par la suite une fois le Moi formé, tout en n'ayant pas pu montrer de lien puisqu'avec leur intervention thérapeutique sur le lien mère-bébé, la majorité de ces comportements ont disparu.

2. Quatre catégories de repères cliniques du bébé (annexe n°1)

Partant du principe que le corps du bébé est un indicateur de sa construction psychique et donc de ses difficultés, nous avons défini quatre catégories de signes : l'expression somatique, les troubles tonico-moteurs, les processus de régulation de la vigilance, les troubles relationnels.

2.1. L'expression somatique

Il est admis depuis longtemps que les signes de souffrance des bébés s'expriment par toutes les fonctions corporelles, de façon plus ou moins étendue et d'intensité variable. On retrouve en premier les troubles de l'appétit, du sommeil, puis des fonctions d'élimination, les cassures de la courbe de croissance, la vulnérabilité somatique (infections ORL à répétition, fièvres d'origine inexplicée, bronchite asthmatiforme...). Dans ce classement évoquons les

maladies à participation psychosomatique : asthme précoce, eczéma...Par contre il est nécessaire de distinguer les troubles fonctionnels dits psychogènes comme la diarrhée, et les maladies organiques à participation psychologique. Ces motifs de consultation très fréquents du pédiatre nécessitent en cas d'échec d'une première prise en charge par ce dernier une consultation pédopsychiatrique.

Petit rappel sur la pathologie psychosomatique : « *La pathologie psychosomatique désigne les désordres organiques- lésionnels ou fonctionnels- dont la genèse et l'évolution reconnaissent une participation psychologique prévalente* » L. Kreisler [87]. Elle repose sur le modèle que P. Marty avait élaboré à partir de la première topique de Freud : le problème est le contrôle de l'excitation d'origine externe ou interne dont les excès menacent l'appareil psychique de surcharge. P. Marty évoque le bébé à la naissance comme une « *mosaïque première* » des fonctions biologiques somatiques et psychiques, constituant l'« *inconscient originnaire* ». Chez le bébé c'est la fonction maternelle qui assure le maintien de l'équilibre, par un ajustement réciproque. Si celui-ci ne peut s'effectuer, la mère ne pourra assurer un système de pare-excitation convenable à son enfant, qui vivra un déséquilibre entre les deux grands groupes pulsionnels de vie et de mort, se manifestant par des pathologies psychosomatiques. « *Les principaux mécanismes de la décompensation psychosomatique sont le surplus d'excitation par contrainte et la dépression* » L. Kreisler [87].

Dans les différentes prises en charge auxquelles nous avons participé, un autre élément somatique nous interpellait fréquemment : les troubles de la coloration, comme une grande pâleur, des marbrures... sans étiologie organique retrouvée. Les troubles cutanés (eczéma, pelades) sont présents dans tous les ouvrages traitant des manifestations somatiques du bébé mais nous n'avons pas trouvé de références concernant ces colorations variables du bébé dans un contexte de souffrance. Surviennent-elles selon les mêmes mécanismes ?

2.2. Les troubles tonico-moteurs

« *Les troubles psychomoteurs sont des organisations motrices déviantes, significatives d'une psychopathologie actuelle ou résiduelle. Ils se distinguent à la fois des troubles du développement (...) et des anomalies motrices liées à une atteinte lésionnelle du système nerveux central ou neuromusculaire périphérique.* » L. Kreisler [88].

Nous distinguerons les anomalies toniques à la fois dans leur qualité et leur répartition, du bébé seul et dans l'interaction (motilité spontanée et interactionnelle), ainsi que les activités répétitives. Rappelons que l'évaluation tonico-motrice n'a de sens qu'intégrée dans une dimension interactionnelle.

2.2.1. L'organisation tonique

Nous retrouvons des bébés hypotoniques ou au contraire hypertoniques, en hyperextension.

Comment expliquer cette hyperextension ? Chez le nouveau-né, lors d'une variation brutale et non prévisible d'un flux sensoriel nous observons une extension de son buste. L'extension du buste est une réaction primaire existant dès la période fœtale où la matrice utérine assure la fonction d'enroulage. Ainsi nous voyons des bébés qui s'arc-boutent lors des situations de nourrissage où un excès de stimulation de la zone orale provoque une hyperextension, indiquant à la mère qu'une pause est nécessaire, mère qui dans un dialogue tonique répond par un appui dorsal accompagnant la flexion. Si cette régulation n'est pas offerte au bébé, le mode tonique en hyperextension dominera, désorganisant la posture, les interactions, les coordinations visuo-manuelles. Cette hypertonicité du buste est d'autant plus dommageable qu'elle limite les rotations du buste et la position assise.

Bullinger a ainsi développé le "tonus pneumatique". Si nous repartons des premières étapes intégratives décrites dans la première partie, la première zone est la zone orale. De cette zone découle la position médiane assurée par la flexion du buste. L'association de flexion-extension du buste coordonne les positions asymétriques du bébé, nécessaires pour avoir accès aux objets, et d'où émerge l'axe corporel, soit un équilibre entre les positions antagonistes, libérant la tête, plus mobile. Si le tonus de l'axe n'est pas souple, se met en place le tonus pneumatique, par blocage de la respiration, rendant les différents espaces disjoints, et dissociant les ceintures scapulaires et pelviennes. Comme la position médiane est le plus souvent assurée par la flexion, et est centrée sur la zone orale, cette dernière gardera une grande place en reliant les parties gauche et droite du corps, et se manifestera par une salivation abondante, et des mouvements de lèvres et de langue. Par contre un hémicorps risque d'être négligé. Une autre conséquence est une répartition tonique différente entre le haut et le bas du corps avec une hyperlaxité du bassin, jusqu'à un "abandon" des membres inférieurs [31].

Vignette clinique n°2

Paul a 2 ans et demi lors de sa première consultation. Il nous est adressé par son médecin généraliste après un bilan neuropédiatrique normal, parce que son seul moyen de déplacement est de se trainer sur les fesses (surtout la droite), associé à un retard global des acquisitions.

.../...

Paul est le deuxième d'une fratrie de deux. Ses parents l'attendaient depuis 10 ans (sa sœur aînée a 12 ans à ce moment.) Mme F. est diabétique insulinodépendante. A la naissance programmée par césarienne, Paul présentant une hypoglycémie, a été hospitalisé en néonatalogie pendant quelques jours. Sa mère décrit cette séparation comme un arrachement, et a du mal à investir ce garçon si désiré, mais arrivé si tard à 45 ans après divers problèmes somatiques notamment locomoteurs (arthrose de l'épaule, syndrome du canal carpien bilatéral...).

Lorsque nous le rencontrons pour la première fois avec la psychomotricienne, nous sommes frappés par ce grand garçon (+2DS en taille et poids), qui porte autour du cou deux serviettes pour rattraper des écoulements permanents de salive. Il est silencieux ou ne pousse que quelques cris, collé à ses parents, n'a pas du tout investi ses membres inférieurs, le bassin est lâche, l'hémicorps droit est plus utilisé que le gauche.

Nous débuterons une prise en charge conjointe avec la psychomotricienne, pour Paul et ses parents.

4 mois après Paul ne porte plus qu'une serviette autour du cou qu'il utilise pour essuyer seul les quelques écoulements de salive résiduels. Il marche, nous fait participer à ses jeux qui sont passés du jeter à l'encastrement, l'imitation. Les premiers mots apparaissent. Il demande à aller sur le pot même s'il est encore loin de l'acquisition de la propreté d'un point de vue tonique selon la psychomotricienne. Sa mère a débuté un suivi individuel, et ses deux parents reprennent peu à peu une vie plus sociale, vie sociale qu'ils avaient délaissé suite aux jugements de leur entourage.

Observations conjointes avec Mme N.Bernard, psychomotricienne au CMP des Herbiers (85).

Cette illustration clinique montre bien la description du tonus pneumatique de Bullinger. Mais nous ne pouvons que nous demander ce qu'aurait été l'évolution de Paul s'il nous avait été adressé plus tôt, ainsi que celle des ses parents et de cette sœur qui sont arrivés en souffrance.

Dans cet ordre d'idée, Bullinger décrit des prothèses de rassemblement [89], à savoir des moyens qu'utilise l'enfant à risque autistique pour compenser ses difficultés de rassemblement. Ces difficultés sont secondaires à un déficit des capacités représentatives qui permettent normalement de stabiliser les coordinations, ici séparées de l'action. Les prothèses de rassemblement améliorent l'équilibre sensoritonique, et la consolidation des points d'appui. Un exemple est le tassement de la colonne vertébrale par des chocs verticaux en position assise. L'enfant soulève ses fesses et se laisse retomber. Cet effet est comparable à ce que des soignants utilisent en néonatalogie ou en maternité pour calmer les bébés irritables, lorsqu'ils exercent une pression entre le sommet de la tête et les fesses. L'hypothèse théorique est que l'on crée le même effet que la contracture équitable en flexion/extension.

2.2.2. La motricité

De ces troubles toniques peuvent découler secondairement des troubles de la motricité d'un hémicorps ou d'un membre.

Il existe aussi des troubles de la motricité globale comme la passivité motrice, ou la lenteur gestuelle, souvent associée à une hypotonie qui révèle de différentes étiologies : du retrait à l'atonie dépressive, en passant par le repli psychotique.

Dans le registre de la motricité globale, nous plaçons les états de désorganisation du bébé, à savoir une agitation motrice sans but, globale, survenant dans différents contextes, mais souvent le fruit d'une angoisse importante. Ces états de désorganisation sont inquiétants lorsqu'ils sont fréquents, et que le bébé a du mal à se récupérer.

Vignette clinique n°3

Observation d'Arthur lors de la passation de l'échelle de Brazelton, alors qu'il a 1 mois et 1 semaine (âge corrigé de 7 jours car la naissance a eu lieu 1 mois avant terme). Arthur est en état 2 de vigilance, soit le sommeil léger. Il est hospitalisé en hôpital de jour avec sa maman, jeune patiente schizophrène.

« Au son de la clochette, Arthur a une réaction très forte : il sursaute, se désorganise. Les mouvements corporels sont nombreux et énergiques. Les mouvements s'apaisent petit à petit. Lors des présentations suivantes du stimulus, on observe de temps en temps une diminution des réponses mais rapidement il atteint l'état de pleurs et montre des signes de mal-être. Les mouvements corporels sont saccadés, énergiques. Les mouvements des bras et des jambes dépassent leur but, dans toutes les directions. A plusieurs reprises il agrippe son visage. Il fait alors une brève tentative pour s'apaiser, cherche son poing mais sans succès. Il reste un court instant sensible à la voix. Toute stimulation externe (même dans la tentative de l'apaiser par moi-même ou en accompagnant la mère) entraîne une augmentation des sursauts et de l'activité motrice. Je sens qu'Arthur fatigue et devant les sueurs et les trémulations je décide de mettre fin à la passation. »

Observation conjointe avec Mlle Boog, psychomotricienne dans l'unité mère-bébé de Nantes.

Cette observation nous montre l'état de désorganisation de ce bébé, ainsi qu'une irritabilité et une consolabilité difficile.

Par ailleurs dans le domaine de la motricité, nous pouvons repérer d'autres signes plus fins, comme une motricité non investie en tant qu'activité exploratoire, reflétant souvent un trouble de séparation-individuation. Par exemple un bébé de 6 mois qui ne présentera pas de déficit moteur mais ne sera pas intéressé par les objets qui l'entourent. Cette non exploration pourra

aboutir à une discordance entre le développement de la motricité des membres et l'absence de déplacement global du corps par non acceptation de l'autonomisation par la mère. Ce sont ces bébés qui une fois la marche acquise ne l'exploiteront pas en restant le plus souvent sur place [77].

2.2.3. L'activité répétitive

Les gestes répétitifs ont au départ une fonction autoérotique, auto calmante. L'autoérotisme a pour objet la recherche d'une prime de plaisir solitaire, en l'absence de l'objet externe mais basé sur la remémoration d'une expérience de plaisir ou de réconfort intériorisé. Ces répétitions permettent également de maintenir une stimulation lors de l'absence de pare-excitation de la mère, ou d'évacuer le trop plein d'excitation non lié par des moyens psychiques qui risque de déstabiliser l'équilibre.

L. Kreisler distingue les rythmies corporelles (balancements), les activités compulsives qu'il sépare en type auto-érotique oral (mâchonnements, suctions intenses), manipulatoire (utilisation d'un objet de la même façon) ou auto agressive (se frapper la tête, se mordre...) [88]. Ces accès de gestes répétitifs ont des durées et des intensités variables, souvent au début et à la fin du sommeil ou lors de moments d'isolement. Selon lui ils font partie du tableau d'hospitalisme, liés à l'insuffisance de l'attachement et la carence, même s'ils sont utilisés avec une intensité légère chez tous les enfants à un moment de leur développement. En effet si cette absence de pare-excitation perdure (tant au niveau physique que psychique) ou si les sensations sensorimotrices sont surinvesties, le caractère auto-érotique disparaît, ces gestes envahissent l'enfant, devenant des attitudes autistiques, réversibles si un dispositif de soin est enclenché. Les sensations par autostimulation du domaine de la sensorimotricité (régurgitations, mérycismes, balancements...) prennent alors une place majeure dans la vie de l'enfant comblant le vide psychique, annulant toute activité représentative, se substituant à d'autres modes de communication [77,90]. « *Lorsque l'étayage trouvé dans la fonction maternelle n'a conduit qu'à l'intériorisation d'un objet impuissant à soulager la détresse[...] (le bébé) annule la relation avec un tel objet, afin de nier que celui-ci puisse manquer* » Szwec G [91]. Par exemple des bébés insomniaques, non câlins, toujours en mouvement, qui ne régressent jamais dans les bras de leur mère.

2.3. Les processus de régulation des états de vigilance

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, les variations de l'état de vigilance existent d'abord par souci d'économie énergétique de l'organisme. Le retrait relationnel bref est pour le bébé un phénomène normal de régulation dans l'interaction bébé-environnement,

par le biais d'une coupure brutale, de façon active, de la relation. Il suit la règle du " tout ou rien " à la variation des flux sensoriels, comme si le bébé ne pouvait supporter le trop plein de flux sensoriels [89]. Inversement la mère influence le passage d'états de vigilance. Elle peut l'aider à se calmer ou l'empêcher d'accéder à certains états. Mais ce mécanisme, lorsqu'il persiste, entrave le développement psychique du bébé comme nous allons le voir.

2.3.1. Les états de vigilance

Six états de vigilance ont été décrits [85]:

1. sommeil sans mouvement oculaire rapide, respiration régulière, aucun mouvement corporel sauf quelques mouvements fins et brusques des doigts, lèvres ;
2. sommeil avec mouvements oculaires rapides, respiration irrégulière et plus rapide, mouvements corporels possibles ;
3. somnolence: paupières fermées ou à demi-ouvertes mais regard vague ;
4. regard vif et brillant, suspension de la motricité ;
5. état d'éveil avec activité motrice importante, attention non fixée, possibilité de geignements ;
6. cris, pleurs, activité motrice intense.

Les bébés sont très différents par rapport à ces stades de vigilance, ils ne les connaissent pas tous, avec des transitions plus ou moins rapides.

2.3.2. Les troubles de la régulation

Certains bébés oscillent sans transition entre les états 1 ou 2 et 6. Les attentions varient aussi entre une hypervigilance globale ou focalisée. Les bébés en souffrance n'ont pas de souplesse par rapport aux variations de l'environnement et aux tensions internes comme dans le cas d'Arthur.

2.3.3. Du retrait ou retrait relationnel durable

Selon A. Guedeney, le retrait est « *un mécanisme important du développement psychique* » mais s'il persiste, il devient un « *mécanisme défensif coûteux pour le développement* » jusqu'à le figer [92]. Il propose une durée de une à deux semaines avant de parler de « *retrait relationnel durable* ». En effet le retrait place l'enfant dans un temps suspendu, à la fois ni dans le présent ni dans le futur ni dans le passé, et est considéré comme pouvant être un signe de dépression très précoce. D'ailleurs il fait partie d'une des premières descriptions en pédopsychiatrie, la dépression anaclitique de Spitz. Dans cette dépression, la phase de retrait survient après la phase de protestation.

Pour aider le clinicien devant ce phénomène à la base physiologique, ce symptôme de négatif, A. Guedeney a créé une échelle : l'Echelle Alarme Détresse Bébé Brune ou ADBEBE (annexe n°2) regroupant l'ensemble symptomatique du retrait relationnel durable. Cette échelle est issue des instruments utilisés par les pédiatres pour distinguer le retard de croissance organique ou psychogène et a été conçue comme un outil de dépistage pour la Protection Maternelle Infantile. On peut l'utiliser chez le bébé de 2 à 24 mois. Elle comporte 8 items cotés de 0 à 4 dont la moitié ont à voir avec le temps, et se base sur ce qu'un professionnel peut constater chez le bébé dans une situation de stimulation, en fonction de son âge. Elle évalue notamment l'expressivité du visage, le contact visuel, l'activité corporelle, la présence de gestes d'autostimulation, les vocalisations, la vivacité de réponse à une stimulation, l'aptitude d'entrer en contact avec l'observateur. Après quelques études la note minimale de 5 (somme de la cotation des huit items) a obtenu la meilleure sensibilité et spécificité quant à un risque chez l'enfant. Par contre la notion de durée étant importante, on la cote à nouveau à 1 ou 2 semaines d'intervalle. En cas de retrait constaté il est nécessaire d'éliminer en premier lieu une cause organique (fièvre, déshydratation, crise convulsive récente, troubles du système nerveux central, intoxication...) [54, 81, 92].

A quoi peut-on rattacher ce symptôme ? Dans la classification Zero To Three on retrouve le retrait relationnel dans les troubles anxieux précoces, les troubles liés à un stress post-traumatique, les troubles réactionnels à une situation de carence ou de maltraitance, les troubles sensoriels importants (déficit visuel, auditif...). Donc le retrait relationnel se retrouve dans de multiples syndromes.

2.4. La sphère relationnelle

2.4.1. Les manifestations émotionnelles

« Pour le bébé, l'émotion est le signe d'un devenir sujet alors que son absence traduit le risque d'un processus de clivage ou de déni des expériences » Mellier [38]. Soit l'émotion est présente et nous sommes devant le signe d'un devenir sujet, pouvant témoigner d'une possible souffrance, soit elle est absente et à ce moment on se retrouve devant le risque d'un processus de clivage ou de déni de ses expériences, marquant l'impact d'une souffrance primitive peu accessible. Certaines émotions sont des repères cliniques importants, mais nous devrions être encore plus interpellés quand le bébé paraît imperméable à l'émotion. Encore un signe négatif. Le bébé a un visage impassible, peu mobile, ses réactions ne sont pas syntones à ce qui se passe dans l'environnement.

Finalement on se rapproche des mécanismes de défense pathologiques décrits par S. Fraiberg comme le gel, voir la transformation des affects.

2.4.2. Les troubles du contact - l'évitement

Dans cette catégorie nous retrouvons un autre mécanisme de défense pathologique, l'évitement.

L'évitement du regard devient pathologique lorsqu'il est sélectif, discriminatoire et durable. Globalement cet outil est fin pour interpréter les variations des états mentaux, du côté du bébé mais aussi des parents et du clinicien [93].

2.4.3. L'hyperadaptation associée à une apparente passivité, troubles de l'attachement

Nous reprendrons brièvement quelques notions de la théorie de l'attachement.

Comme nous l'avons vu, le bébé se construit dans les interactions avec sa ou ses figures d'attachement, créant des représentations de lui-même et des autres en relation, ce que J. Bolwby appelle le "modèle interne dynamique d'attachement". Ainsi au cours de la première année et jusqu'à l'âge adulte il crée un lien d'attachement différencié avec son père, sa mère, voir l'assistante maternelle soit toute personne considérée comme une "base de sécurité", même si on note une certaine hiérarchisation avec une personne qui serait principale et des personnes secondaires. Ce lien d'attachement colore le type d'attentes qu'il va avoir de cette (ces) personne(s). Différentes études ont rapportée une certaine stabilisation de ces schèmes d'attachement vers 12 mois, ce qui a amené M. Ainsworth à définir à partir d'une situation expérimentale standardisée, la Strange Situation (observation des réactions d'un enfant de douze à dix huit mois lors de moments de séparation puis de retrouvailles avec sa mère), trois catégories maintenant bien connues de comportements adaptatifs, non pathologiques. Ces catégories sont nommées : A ou attachement insécure-évitant (l'enfant manifeste peu d'émotions ni au départ ni au retour de la mère comme pour faire face de façon immature à la séparation), B ou attachement sécure (avec une détresse à la séparation, un réconfort éprouvé aux retrouvailles, soit une relation de confiance), et C ou attachement ambivalent-résistant (avec une réaction forte à la séparation, une ambivalence aux retrouvailles avec une colère associée à un désir de contact). M. Main a ajouté une quatrième catégorie : D ou désorganisé (recherche étrange de la proximité de la mère et de manière désorientée avec des mouvements incomplets, non dirigés) se rapportant plus à une vulnérabilité de l'enfant par rapport à une future pathologie d'ordre psychiatrique [94].

Par rapport à notre exposé, donnons l'exemple d'un bébé qui a vécu les tous premiers mois de sa vie dans une relation chaotique avec sa mère psychotique, mère dans la maîtrise de tout mouvement de son enfant, l'obligeant à une passivité. En cas de placement précoce, l'adulte qui s'en occupera aura des difficultés pour lui imprimer un autre mode de relation. En effet le bébé reproduira avec lui son absence de protestation, déjà convaincu de son absence de prise sur le monde, alors que l'adulte sans repères par rapport à ce petit être imposera naturellement son rythme, sa façon de faire [77].

3. Manon ou la danseuse indonésienne

Nous avons choisi de restituer une partie des observations de Manon afin d'éclairer les signes de souffrance précoce du bébé.

Vignette clinique n°4

Manon est la troisième d'une fratrie de trois. Le cadet, Victor est décédé d'une mort subite du nourrisson à 6 mois. Manon est née deux ans plus tard, à 38 semaines d'aménorrhée, avec un poids de naissance de 3290 grammes. Elle a passé quelques jours en néonatalogie pour un sevrage en benzodiazépines avec détresse respiratoire. Mme G a présenté un état dépressif dès le début de la grossesse, avec la nécessité de trois hospitalisations devant une perte de poids et des idées de mort sur elle-même et le bébé, sans qu'un traitement antidépresseur ait été mis en route sur le refus du couple. Devant la situation, la sage-femme de la maternité prend contact avec l'unité mère-bébé de Nantes. Habitant dans un autre département, avec un aîné de 6 ans, l'hospitalisation se déroulera peu de temps en temps plein, puis en hôpital de jour une fois par semaine.

Observation de Manon, alors qu'elle est âgée de 16 jours, en attente de biberon nocturne.

« Manon est allongée, tête sur le côté vers moi, elle grimace. Ses jambes toutes dépliées vont chercher loin par à coups en s'écartant, puis reviennent vers le corps. A nouveau comme une décharge, les pieds partent au loin, orteils écartés. Les bras s'y mettent, sont jetés dans tous les sens, agrippant le visage au passage. Elle grimace, pousse des petits cris, tout légers... Tout doucement, en rassemblant ses bras et ses jambes je la pose contre moi et fais quelques pas. Quel mystère que ce simple contact corporel et le bercement naturel l'apaisent instantanément, tout son corps appuyé contre le mien, bras et jambes repliés. »

Lors d'un autre biberon plus tard dans la nuit.

« Elle se manifeste en douceur par de tous petits cris, se désorganise dès qu'on la touche mais se rassemble joliment au contact corporel. »

.../...

Observation lors d'un biberon avec la mère 5 jours plus tard.

« Manon est confortablement installée dans le bras gauche de sa maman, sa tête nichée dans le creux du coude. Elle allonge ses jambes en suspension dans l'air tandis que ses deux mains ouvertes se rassemblent sous le menton. Mme G. est penchée sur sa fille, comme recroquevillée sur elle, toute bossue, ses cheveux revenant sur son visage, ne laissant apercevoir que le haut de ses lunettes et ses lèvres très rouges. Elle la surnomme « ma petite biche » d'une voix douce, molle, peu modulée. Elle est immobile, ne semble pas vouloir bouger ou changer quoi que ce soit à cet instant de plaisir... Manon semble goûter l'instant présent, tous ses sens en éveil. A plusieurs reprises elle lance lentement sa main droite dans celle de sa mère puis la ramène vers elle tout aussi doucement. Elle regarde furtivement sa mère, est sensible à sa voix. Le temps est long, paraît figé. J'encourage Manon à téter, augmentant le son de ma voix comme si je ressentais un manque de vitalité. Ih en tout de biberon. »

A 1 mois, alors que la maman est tendue.

« Les membres de Manon bougent, lancés en l'air dans un désordre incroyable, les yeux s'ouvrent mais ne regardent pas. Elle ouvre sa bouche sans qu'aucun son ne sorte, puis ils viennent, des petits vagissements. Elle cherche à téter. Je propose une tétine. Elle tète 2, 3 fois puis ne bouge plus pendant 5 minutes comme endormie. »

Le soir même, Manon présente un nouvel état de désorganisation ; la maman est vite affolée. Devant la fréquence de ses mouvements des membres et ses particularités (membres lancés, comme désarticulés), Manon est hospitalisée en pédiatrie. Le pédiatre conclut à la suite du sevrage aux benzodiazépines.

Retour de la dyade après un mois de vacances, à 2 mois.

« Je trouve Mme changée. Gestualité plus vive, grand sourire. Elle porte Manon devant elle, tout contre son ventre. Manon grimace et gesticule, plissant son visage très pâle et couvert de plaques d'eczéma. Elle mâchonne. »

Lors du bain, quelques jours après.

« Elle regarde vers sa mère toujours avec ce regard qui interroge. Dans l'ensemble elle est inconfortable et tendue. Sa mère réclame des sourires qui ne viennent pas. Dans mes bras elle accroche le regard et sourit à mes paroles. Je remarque sa pâleur malgré la chaleur. Son visage est moins marqué par les plaques d'eczéma qu'on devine plus que l'on voit. Son corps est toujours imperceptiblement en mouvement. »

A deux mois et demi lors d'un biberon.

« Toujours positionnée dos à maman, Manon ferme vite les yeux comme si elle ne pouvait se soustraire à cet envahissement de torpeur. Elle tète par à coup donnant l'impression de se réveiller à chaque fois. Manon s'endort tout le temps, partout. Lors du bain elle me cherche du regard avant de pouvoir regarder maman. Elle tourne ensuite la tête de côté. Mme est douce et attentionnée, très en demande de vocalises, de sourires et répète qu'il n'y en a que pour papa d'un air déçu. Mme évoque ses difficultés, sa tristesse

par rapport à ce fils perdu. »

.../...

A 3 mois.

« Mme est plus tonique, elle a retiré le médaillon qui représente son fils mort. Manon a elle un tonus presque inexistant à certains moments. Elle ne tient pas sa tête, courbe son dos. Son regard est triste, parfois éteint. Elle ferme souvent les yeux. Elle fixe les visages avec appréhension, hésitant entre connaissance et méconnaissance, sourit parfois après ce long temps de fixation. Très peu de vocalises. Elle a très souvent la bouche demie-ouverte, semble mâchonner. Elle s'agrippe dès qu'elle peut aux vêtements, à ce qui l'entoure. Elle ne s'endort que si sa tête touche son doudou. »

A 3 mois et demi

« Mme est installée dans le salon, Manon à ses pieds dans un transat. Manon est plus présente, entre sourire et peine. Je m'installe au-dessus de Manon, à hauteur de la maman. Sa voix est enjouée. Manon se tourne vers moi ses yeux grands ouverts, me découvre et joliment se tourne vers sa maman pour l'interroger du regard. Elle va de l'une à l'autre. Elle sourit ; suivent des ébauches de vocalises, encouragées par la mère. On note un tonus plus harmonieux mais le bas du corps reste mou et peu investi. Nous partons ensuite au change. Sur le tapis Manon regarde sa maman qui lui parle sans cesse d'une voix douce, encore un peu monotone. Elle reporte la médaille de V. et explique que Manon porte un de ses pyjamas. Manon a à nouveau des mouvements non coordonnés, reprise de mâchonnements. La maman parle de façon continue entre admiration sans borne et empathie un peu étouffante.

Mme s'absente. Beaux regards et sourires, adressés avec ébauches de vocalises. Coup d'œil plus que furtif au retour de sa mère. Reviennent alors en force les mouvements de bouche et l'agitation des membres. »

Observations de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère-bébé de Nantes.

Après ces écrits poétiques, reprenons les différents signes que Manon danse avec sa mère déprimée, mère réagissant peu avec une voix monotone, monocorde.

Parmi les troubles somatiques Manon présente une pâleur, dès le début de la prise en charge, avec l'apparition au moment d'une séparation avec l'équipe de soin en raison de vacances, d'une maladie à participation psychosomatique, l'eczéma. Pour ce qui concerne les troubles tonico-moteurs nous remarquons une hypotonie d'abord globale puis un investissement progressif du corps, corps qui sera le lieu de décharges motrices, véritables états de désorganisation. Manon présente ensuite des activités répétitives à type de mâchonnement, qui ont l'air d'appartenir encore au registre auto-érotique, survenant lors de moments de vide mais ne l'envahissant pas. Pour les troubles de la régulation des états de vigilance, nous n'avons pas utilisé l'ADBB mais nous pouvons parler de retrait relationnel

durable avec un bébé qui « *s'endort tout le temps* » mais qui différencie les personnes en « *accrochant* » du regard le soignant référent ressource, alors que son regard est plutôt impassible ou interrogatif vis-à-vis de sa mère. Nous sommes alors dans le registre des troubles relationnels auxquels nous pouvons rajouter des manifestations émotionnelles fortes de Manon, très sensible, présentant des états de désorganisation en lien avec le moment (tension ou angoisse de la mère), résolutifs par un état d'épuisement, alors que l'état de tension de Manon comme au début de l'observation est réactif à un portage de qualité.

Au fur et à mesure de la prise en charge multidisciplinaire de la mère, de Manon, de Manon et sa mère, de la famille, madame G. va progressivement s'animer, nous laissant observer de beaux échanges de regards, de vocalises, des échanges vivants. Manon garde cependant une grande sensibilité aux états maternels pour reprendre une activité de mâchonnements, des mouvements des membres comme elle nous le montre avant la tombée du rideau.

Cet équilibre fragile, soutenu par l'équipe dans une attitude empathique contenant, accompagne cette petite danseuse dans son développement. Nous observons ainsi une véritable communication préverbale avec l'expression de sa pensée archaïque, comme cette magnifique séquence gestuelle où lors d'un biberon « *ses deux mains ouvertes se rassemblent sous le menton [...] Manon semble goûter l'instant présent, tous ses sens en éveil. A plusieurs reprises elle lance lentement sa main droite dans celle de sa mère puis la ramène vers elle tout aussi doucement. Elle regarde furtivement sa mère, est sensible à sa voix.* » Ses mains dessinent une structure géométrique avec comme point de contact sa mère pour revenir sous le menton. En reprenant les termes de G. Haag nous pourrions dire que Manon est dans un processus de symbolisation avec un point de rebond, la main de la mère, créant une forme revenant pour « *solidifier le noyau identitaire... (dans) un investissement-construction du moi-corporel* » [21].

La connaissance des signes de souffrance précoce du bébé nous amène à intervenir au plus tôt pour apporter au bébé les conditions nécessaires afin de soutenir le développement psychique.

4. Du symptôme au syndrome dans les classifications internationales

Nous disposons à l'heure actuelle de deux classifications principales pour la petite enfance : la classification Zero to Three révisée [71], et la Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent [95].

La classification Zero to Three révisée (DC O-3 R), fruit du travail de cliniciens et de chercheurs nord-américains pour la plupart, a été proposée en 1994. Un des ses objectifs est de compléter les classifications de la CIM 10 et du DSM-IV, avec une classification des troubles chez l'enfant entre 0 et 3 ans dans une perspective développementale avec 5 axes : diagnostic primaire en sept catégories (états de stress traumatique, troubles de l'affect, troubles de l'ajustement, trouble de la régulation, troubles du comportement et du sommeil, troubles du comportement alimentaire, troubles de la relation et de la communication) ; classification du trouble de la relation ; affection médicale et trouble du développement ; facteurs de stress psychosociaux ; niveau fonctionnel du développement émotionnel. Une édition révisée en 2005 prend en compte les données issues de la clinique depuis 1994.

La Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R 2000) a été proposée par Mises et al. en 1998, révisée en 2000 avec l'ajout d'une section spécifique pour les troubles de l'enfant de 0 à 3 ans (l'axe 1 bébé). Ses critères ne font pas encore l'objet d'un consensus parmi les cliniciens. L'axe 2 code les « *facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques* », qu'ils soient organiques ou environnementaux comme un contexte socio-familial particulier, une psychopathologie parentale...

Ces classifications dressent un état des lieux des réflexions actuelles sur la psychopathologie précoce en classant différentes situations. Ces dernières sont une aide précieuse pour le clinicien dans son activité théorique ou de recherche, mais elles ne doivent pas figer l'enfant dans un diagnostic à cette période si propice aux changements et si sensible à une intervention thérapeutique. P. Mazet écrit ainsi que « *les troubles psychiques du nourrisson ne sont pas toujours encore pleinement organisés dans une structure psychopathologique clairement définie* » [8].

Nous avons ainsi choisi ici de présenter des repères cliniques de prévention, afin de pouvoir agir précocement, avant une organisation du bébé dans une psychopathologie quelconque, mettant en péril sa construction psychique, comme un grain de sable dans un engrenage. De plus parallèlement à ces classifications nous devons utiliser nos ressentis, dans une communication empathique, véritable outil sémiologique à part entière.

A mi-chemin de cette attitude, R. Negri a identifié à partir de son expérience clinique des « symptômes d'alarme » repérables dès 2-3 mois : fuite ou instabilité du regard, absence de sourire, rigidité de la mimique, anomalies posturales, manifestations psychosomatiques, désordres de l'alimentation, altération importante des rythmes biologiques... [96] (et annexe n

°3). Pris isolément ou de façon limitée et transitoire, ceux-ci existent chez tous les enfants. Mais du moment où le bébé en présente au moins deux, pendant plusieurs heures de la journée, ils seraient prédictifs de difficultés ultérieures. R. Negri cote ces symptômes lors d'une séance d'observation d'une durée de 1 heure de l'enfant en présence des ses parents. Si elle est positive, cette cotation est renouvelée à une semaine. En cas de confirmation, elle propose une intervention thérapeutique d'abord centrée sur l'enfant puis sur les projections des parents. Ultérieurement R. Negri a essayé de définir des corrélations entre les symptômes d'alarme et des cadres de psychopathologie précoce en lien avec la classification Zero to Three, tout en restant prudente. Par exemple pour les troubles multisystémiques du développement un regard fuyant en coin, en cachette, une absence de sourire et une rigidité de la mimique, des stéréotypies, des anomalies de la posture, des désordres alimentaires, une altération importante des rythmes biologiques, une irritabilité et des désordres du sommeil.

CONCLUSION

Pour conclure cette deuxième partie, nous noterons que ces bébés nous arrivent en général des années après l'apparition de ces signes, avec une symptomatologie plus bruyante et organisée, même si les professionnels de la petite enfance sont de plus en plus sensibilisés [97]. D'ailleurs un référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins a été rédigé par le Collège de Pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie en 2006 dans le cadre du plan de santé mentale [98]. Ce référentiel est essentiellement destiné aux médecins de première ligne afin d'adresser utilement des enfants en consultation pédopsychiatrique. Pour les zéro-deux ans on retrouve les troubles à expression somatique, les troubles émotionnels et de la relation, les troubles du développement.

Pour ce qui concerne la pédopsychiatrie, nous pensons qu'un travail important d'affinement de notre clinique du tout-petit reste à faire, afin de mettre en place un dispositif visant à éviter l'impact de cette expérience émotionnelle de souffrance sur son développement psychique et d'aider ces familles avant qu'elles ne s'enferment dans des processus pathologiques, les mettant tous à mal. Le travail transdisciplinaire prenant alors sa mesure pleine et entière dans ses dimensions médicales, éducatives, culturelles, avec l'esprit d'une prévention et non d'une prédiction.

3^{ème} PARTIE :

**LA CONSTRUCTION PSYCHIQUE D'UN BÉBÉ DE
MÈRE SCHIZOPHRÈNE**

ou

LES TRIBULATIONS DE SIDONIE

INTRODUCTION

Pourquoi se pencher sur le berceau d'un bébé de mère psychotique, plus précisément schizophrène ?

Un des premiers à s'intéresser à ce sujet est Winnicott en 1961, dans un article intitulé l'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant [5]. Il cite l'exemple d'Esther, auteur à 11 ans d'un poème décrivant le tableau d'une vie heureuse en famille. Esther qui à 5 mois a été jetée dans un canal par sa mère psychotique avec qui elle vivait, au moment où un ancien policier passait. Elle a ensuite été placée en pouponnière puis en famille d'accueil à 2 ans avec des difficultés majeures de relation avec sa mère nourricière, à l'origine d'un éloignement transitoire de la maison à l'âge de 5 ans. « *Une mère très malade [...] peut avoir donné à son bébé un départ exceptionnellement bon, ce n'est pas du tout impossible [...]. J'émettrai l'hypothèse qu'elle a voulu se débarrasser de son bébé avec lequel elle avait fusionné, avec lequel elle faisait un, parce qu'elle voyait poindre une phase nouvelle qu'elle ne saurait manier, un stade où l'enfant aurait besoin d'être distinct d'elle [...]. Elle pouvait jeter le bébé mais pas s'en détacher* » (Winnicott, p387). Une mère malade qui par définition constitue pour son bébé un monde différent de celui que nous avons dressé, fournissant d'autres modalités d'informations sensorimotrices. Et ceci permettrait un « *départ exceptionnellement bon* » ? Avec une jeune fille évoluant certes avec des séquelles de carences, des difficultés scolaires d'après Winnicott mais quand même plutôt bien !

Qu'en est-il en 2008 ?

Ces mères, après avoir été victimes de stérilisation dans une optique eugénique, ont un accès récent à la maternité. Pour information le dernier pays européen à avoir abrogé la stérilisation eugénique des patients malades mentaux est la Suède en 1975 (cité dans [98]).

Les patientes schizophrènes ont ainsi vu leur vie changer depuis une vingtaine d'année par la découverte d'antipsychotiques moins sédatifs associée à une nouvelle politique de santé mentale les incitant à avoir une vie proche de la normale. Ces femmes sont sorties de l'hôpital, avec la possibilité d'une vie autonome, provoquant une modification de leur sexualité, la possibilité d'exercer leur fonction de mère [79]. Nous devons prendre en compte ce nouveau mode de vie des schizophrènes le plus objectivement possible, afin de les accompagner dans leur parentalité, aidant par de-même l'enfant qui naîtra.

On estime actuellement à 3500/5000 le nombre de naissances par an d'enfants de mère schizophrène, soit un nombre non négligeable [79]. Ils vivent des réalités différentes selon que leur mère ou leur père ou les deux sont malades, la date de survenue de la psychose (avant, pendant ou après la grossesse), le mode évolutif de la maladie mais aussi la gravité de la pathologie psychiatrique nécessitant plus ou moins d'hospitalisation voire une séparation dès la naissance ou plus tardive. Les enfants de parent(s) psychotique(s) sont considérés comme à haut risque par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1975, amenant à réfléchir à des mesures de prévention et d'accompagnement [100]. A haut risque de quoi ? De développer une maladie mentale, d'altération du développement, de souffrance liée à la cohabitation avec la pathologie de leur(s) parent(s) [99].

Un « *départ exceptionnellement bon* » ? Des enfants à haut risque ?

A travers la situation clinique qui nous a amené à cette réflexion sur le corps dans l'émergence de la pensée, Sidonie et madame H, nous illustrerons ce que peuvent-être les premiers mois de vie d'un bébé de mère schizophrène, à partir de quoi il se construit, ce qu'il devient. Nous aborderons d'abord la pathologie de la mère. Qu'est-ce que la schizophrénie ? Est-ce que cela se transmet à l'enfant ? Comment une femme schizophrène vit-elle sa grossesse ? Puis nous reprendrons l'ensemble du dossier de cette dyade en l'éclairant des données des deux premières parties et en décrivant la prise en charge mise en place. Pour faciliter la compréhension de son parcours de vie, l'annexe n°4 reprend les étapes de lieux de vie, les faits marquants de la triade.

L'objectif est une réflexion à partir d'un cas clinique sur ces situations difficiles pour les différents intervenants, source de clivage et de projection, leur renvoyant des angoisses archaïques, pour nous amener dans un certain optimisme à accompagner au mieux ces bébés dans leur "départ", leur construction psychique.

I. RAPPEL SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

1. La schizophrénie [101,102]

Appelée démence précoce par Morel dès 1857 ou dementia praecox par Kraepelin, pour arriver au terme de schizophrénie par Bleuler en 1911, cette appellation vient du grec schizein : fendre diviser et phrên : esprit, âme. Il souligne le symptôme commun à ces pathologies : la **dissociation** ou l'altération entre la pensée, les émotions et le comportement. La schizophrénie appartient aux psychoses dites chroniques (supérieures à 6 mois d'évolution).

Sur le plan clinique Bleuler notait comme symptômes prépondérants les « quatre A » pour : perte des Associations, Autisme, troubles Affectifs et Ambivalence. Au sein du débat sur les critères diagnostics, plusieurs systèmes ont été proposés, différant sur les symptômes primaires et la durée. L'approche clinique dimensionnelle tente de modéliser l'hétérogénéité clinique de la schizophrénie, des états psychotiques. Les symptômes sont regroupés en plusieurs dimensions cliniques, en grande partie indépendantes les unes des autres, pouvant exister plus ou moins ensemble chez le même patient. Trois dimensions ont été définies : une dimension positive, une désorganisation, une dimension négative. La dimension positive renvoie au délire et aux hallucinations ; la désorganisation au comportement désorganisé, aux affects inappropriés, au discours désorganisé (discours circonlocutoire, relâchement des associations...); la dimension négative à l'anhédonie, l'émoussement affectif, le retrait, l'avolition, l'apathie. La schizophrénie correspond donc à une désagrégation progressive de la vie psychique dans les secteurs de la pensée et de la volonté, accompagnée de grandes perturbations affectives, de difficultés à établir et maintenir des liens, d'un manque de délimitation entre la réalité extérieure et intérieure.

La prévalence classique de la schizophrénie est de **1%** dans la population générale, estimée entre 2,5 et 5,3 pour mille en Europe (Jablenski, 1986 cité dans [102]) avec une répartition uniforme entre les sexes.

Son étiopathogénie actuelle est **multifactorielle**, reposant sur un **modèle vulnérabilité-stress**. Il existerait chez certains individus une vulnérabilité neuropsychologique découlant de prédispositions génétiques ou d'une constitution mentale les rendant sensibles à des stressors socio environnementaux. Ou plus simplement on individualise des facteurs prédisposants (génétiques et environnementaux) et précipitants (psychologiques, sociologiques et/ou toxicologiques). Sans les facteurs précipitants, le phénotype demeurerait silencieux ou discret.

2. Approche psychodynamique

Afin de mieux percevoir ce qui de la pathologie de la mère entre en jeu dans l'interaction avec son enfant, il nous a semblé opportun de rappeler succinctement l'approche psychodynamique de la schizophrénie.

2.1. Le Moi schizophrénique

Le Moi schizophrénique se constitue à partir d'écueils dans la progression maturante des structurations successives. Le schizophrène reste fixé dans un registre pré-objectal avec un Moi qui n'a pu se constituer comme un sujet en dehors de sa mère, suite à des défaillances majeures des ressources narcissiques internes. Le schizophrène, et plus particulièrement ici la mère schizophrène, aura comme l'écrivait Winnicott une « *faible délimitation de la frontière entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, entre ce qui est conçu subjectivement et ce qui est perçu objectivement* » [5].

Les capacités du Moi étant défaillantes, l'activité de symbolisation n'arrive pas à contenir une réalité interne menaçante, d'autant que la réalité extérieure est perçue aussi de cette façon. Des mécanismes compensateurs se mettent en place : déni des affects, clivage du Moi et des objets, surinvestissement de la réalité perceptive et motrice en contre-investissement de la réalité interne angoissante, ou désinvestissement progressif jusqu'à des conflits importants menaçants le sentiment de continuité de soi et l'identité [101].

2.2. La relation d'objet [79, 103,104]

La relation d'objet du schizophrène n'est pas une relation d'objet génitale centrée sur le conflit œdipien et tentant de rendre compte de la réalité d'objet, objet total perçu dans son altérité. Cette relation d'objet renvoie, elle, à des stades de fixation pré-génitaux.

La relation d'objet pré-génitale est caractérisée par un Moi dépendant de l'objet, un sujet qui voue à l'objet un amour possessif et destructeur. L'objet est lui support de protection, mais il est nié dans son altérité. Les affects circulants sont violents. Les mécanismes de projection et d'introjection pathologiques font que l'objet devient menaçant et destructeur pour le sujet qui se maintient dans un double mouvement contradictoire, mouvement d'écart et de rapprochement, d'investissement et de désinvestissement. Bouvet (cité dans [79]) parle même d'une relation anobjectale avec indistinction Moi-non Moi, P.C. Racamier lui d'une relation narcissique avec une séduction narcissique où « *le schizophrène (est) uni à son objet par fascination réciproque.* » Comme l'objet, la réalité est pour lui malléable jusqu'à un

certain point où il adopte la solution délirante pour pallier l'absence de familiarité entre lui et le réel, à l'inquiétante étrangeté. L'objet sera alors inclus dans le délire jusqu'à envahir le sujet, devenant l'ennemi.

On mesure mieux que l'accession à la fonction maternelle pour une patiente schizophrène est **singulière**, touchant du doigt le point le plus sensible de sa pathologie: sa relation d'objet psychotique. L'accès à la maternalité pour les mères schizophrènes est dangereux, que ce soit dans son impossibilité à reconnaître l'enfant réel, de l'accompagner dans son autonomie par une fusion avec le bébé imaginaire, ou dans cette fusion même à l'origine d'angoisses archaïques de dévoration, de morcellement. Les décompensations délirantes du post-partum sont dans cet esprit interprétées par M. David (1981) comme un moyen de s'éloigner de la réalité de son enfant, en prolongement de l'idée que le syndrome délirant existe chez le schizophrène pour se dégager de la terrifiante réalité.

Ces préliminaires nous éclairent ainsi sur ce que nous verrons du style interactif de madame H. avec Sidonie.

I. EXISTE-T-IL UNE HÉRITABILITÉ ? [102, 105, 106]

La littérature actuelle montre une augmentation du risque de pathologie mentale chez les enfants de parents souffrant de trouble mental, mais de nombreuses discussions existent sur la part de la transmission génétique et de l'influence environnementale, car les parents ne transmettent pas que leur patrimoine génétique.

Approchons-nous plus près de la question de l'héritabilité de la schizophrénie qui a fait l'objet de nombreuses études. Face à une prévalence de 1% dans la population générale de la schizophrénie, l'héritabilité serait de **2 à 9%** pour les apparentés de **premier degré**. Les études de jumeaux montrent que si un enfant est atteint de schizophrénie, l'autre l'est dans 15% des cas si ce sont des jumeaux dizygotes, 50% pour des jumeaux monozygotes [102]. Quant aux études d'adoption intéressantes pour essayer de distinguer les différences génétiques et environnementales, Tienari et coll. en 2000 [107] retrouvent un risque multiplié par dix chez les apparentés au premier degré d'un sujet schizophrène adopté dans l'enfance, soit à peu près les mêmes résultats que précédemment. L'adoption aurait donc peu d'influence sur le risque de développer la maladie chez les sujets à risque. Il existe une faible composante génétique à l'origine de la transmission de la schizophrénie. Cependant cette composante génétique est **plurielle** c'est-à-dire que la présence d'un gène n'est pas suffisante pour le

développement de la maladie, d'autant que le génôme interagit avec des facteurs environnementaux.

Avoir des parents schizophrènes augmente le risque de troubles psychiatriques en général, pas que de la schizophrénie. Nine Glangeaud-Fredenthal a réalisé en 2007 une revue de la littérature sur ce sujet qui confirme le risque de développer une schizophrénie pour un enfant de parent schizophrène avec une influence génétique et des facteurs de vulnérabilité, ainsi que d'autres troubles recouvrant le panel de la pathologie psychiatrique avec des chiffres variables selon les études [108]. Nous ne citerons qu'une étude d'Erlenmeyer-Kimling et al. (2000), étude prospective sur une cohorte de 269 enfants évalués à 7 et 12 ans avec des mesures neurocomportementales, puis à l'âge adulte où était recherché un diagnostic de l'axe I du DSM.IV. Cette cohorte était composée de trois branches : enfants de parents schizophrènes, enfants souffrant d'un trouble affectif, plus un groupe témoin. Sur les 79 enfants de parents schizophrènes on retrouve à l'âge adulte 15,2% de sujets présentant un trouble du spectre de la schizophrénie, 35,4% un trouble affectif, 16,5% un autre trouble de l'axe I, tandis que 32,9% ne présentent aucun trouble [109].

En dehors de la question génétique, la transmission se ferait essentiellement dans le domaine environnemental. Les conditions de développement dans cet environnement pathologique sont plutôt particulières : système familial fermé, soupçonneux avec une communication paradoxale, incertain, incohérent voire violent. L'enfant est marginalisé, inclus par moment dans le délire de son (ses) parent(s). Il vit quelquefois des séparations dues aux hospitalisations parentales, voire à un placement [99].

V.DE LA CONCEPTION À LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

La grossesse et le post-partum sont des phases de vulnérabilité psychopathologique pour toute femme, mise à l'épreuve majorée par différents facteurs comme la primiparité, les problématiques de filiation, le conflit ou la rupture conjugale, et l'existence de troubles psychiatriques. Qu'est-ce qui se passe pour ces femmes en âge de procréer ? Leur laisse-t-on la possibilité d'accéder à la maternité ? Se laissent-elles un accès à la maternité ? Qu'est-ce qu' "attendre un enfant " signifie-t-il pour elles ? La grossesse a-t-elle une influence sur leur maladie ?

1. La stérilisation des femmes souffrant de pathologie mentale

Pendant de nombreuses années, la stérilisation était pratiquée chez les patientes schizophrènes, dans un esprit eugéniste se référant à une transmission génétique selon la loi mendélienne, pourtant peu importante comme nous venons de le voir. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié en 1998, rapportait le phénomène de la ligature des trompes comme « *faible mais non marginal* », soit 2% des interventions de ligatures de trompe dans la population féminine [110]. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception introduit deux articles concernant la stérilisation dans le Code de la Santé publique, dont un concernant plus particulièrement les personnes handicapées mentales, l'article L. 2123-2. « *La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal. Le juge entend ces différentes personnes, et recueille l'avis d'experts, puis il décide* » [111]. La décision est maintenant encadrée par une décision juridique pour éviter les dérives du passé.

2. Les interruptions volontaires de grossesse

En ce qui concerne les avortements, selon une étude de Darves –Borno de 1995 citée dans [79 98] le nombre d'interruption volontaire de grossesse est de 0,5 par femme schizophrène, avec des perturbations psychologiques souvent présentes. Pour information, le taux d'interruption volontaire de grossesse en France était de 12,3 pour 1 000 femmes à la même époque [112].

3. Le déni de grossesse [79,113]

La question du déni de grossesse n'est pas spécifique à la pathologie psychotique. Nous en avons des exemples régulièrement dans les journaux. Cependant il se retrouve plus fréquemment chez les femmes psychotiques. Miller retrouvait dans une étude 12 cas de déni de grossesse sur 26 femmes schizophrènes enceintes durant un an d'hospitalisation, soit 46% [114].

Une distinction est nécessaire entre la dissimulation, la dénégation et le déni de grossesse. La dissimulation est consciente et peut-être utilitaire, notamment avec les attitudes négatives attendues de l'entourage ou des soignants, la crainte de placement immédiat... Le terme de dénégation renvoie plus à un mécanisme de défense névrotique, suite à un conflit intrapsychique inconscient où la patiente exprime un désir ou une pensée auparavant refoulée tout en s'en défendant (« *je sais que je suis enceinte mais je ne veux pas le savoir* »). Le déni de grossesse est aussi un mécanisme de défense, mais dans le cadre du déni (psychotique) le clivage s'ajoute. Le déni porte ici sur la réalité extérieure, sur les perceptions [115].

Le déni de grossesse est **lourd de conséquences** à tous points de vue: pas de surveillance médicale et psychiatrique, accouchements non assistés et préparés avec de possibles états de décompensation à ce moment, risque de néonaticide.

4. La symptomatologie pendant la grossesse [113]

Peu d'écrits existent à ce sujet. Nous venons de voir une des expressions cliniques possible de la schizophrénie, en l'occurrence le déni de grossesse. Ailleurs la grossesse sera reconnue mais la mère exprimera des **fantasmes crus** concernant le fœtus, plus ou moins empreints de la symptomatologie délirante selon des thèmes de persécution, de filiation... Le délire ne concerne pas forcément la grossesse. L'**ambivalence psychotique** s'exprime avec des impulsions contradictoires concernant l'enfant à venir, de l'envie de le tuer à des préoccupations adaptées. On aperçoit quelquefois les prémices de la difficulté à appréhender le bébé réel se révélant dans un discours autour de la grossesse souvent pauvre et **sans affect**, avec des représentations du fœtus comme un prolongement de leur propre corps ou une excroissance gênante. Cette appréhension du fœtus est très différente de la vision adultomorphe de la femme normale qui en regardant l'image échographique du fœtus voit déjà son enfant, alors qu'objectivement l'image est peu ressemblante [116].

D'autres décrivent une amélioration de la symptomatologie pendant la grossesse avec une diminution voire un arrêt du traitement, et des mères qui se sentant mieux arrêtent leur suivi [117, 118]. L'amélioration serait en lien avec la réalisation du **fantasme de filiation narcissique**, à savoir un sentiment de complétude en rapport avec le fantasme d'une création solitaire parthénogénétique, une doublure de soi, progressivement abandonnée chez la femme non schizophrène, plus ou moins chez la patiente schizophrène. Cependant N. Glangeaud explique que cette idée est basée sur le taux de mortalité par suicide [108]. Ce dernier serait divisé par trois pendant la grossesse, et par deux dans l'année suivant l'accouchement. Mais

cela ne prend pas en compte d'autres facteurs comme la gravité de la pathologie psychiatrique, le diagnostic psychiatrique antérieur.

Vignette clinique n°5

La mère d'Arthur (**vignette clinique n°3**), non suivie à l'époque, est hospitalisée à la demande d'un tiers dans un service de psychiatrie adulte de secteur, alors qu'elle est enceinte de 6 mois, pour une deuxième décompensation délirante. Lors des entretiens elle me parle d'un vers qui se balade sous sa peau malgré les cinq échographies réalisées en deux mois avant son arrivée dans le service, pour qu'elle puisse voir ce qui l'envahit de l'intérieur, la "rassurer". Elle formule des idées adaptées en demandant de l'aide pour un sevrage tabagique « *pour ne pas faire du mal au bébé* » et demande quelques phrases plus tard qu'on lui retire son vers. Puis elle écrit aux juges, au Président de la République pour les informer qu'elle est surveillée, même au sein de l'hôpital où on aurait disposé des caméras partout, et des snipers sur les toits des bâtiments en cours de construction déguisés en ouvrier.

Observations personnelles recueillies dans le service de psychiatrie 2 à l'hôpital S'-Jacques de Nantes

Avant de présenter la mère de Sidonie nous avons voulu évoquer la mère d'Arthur chez laquelle on retrouve toute l'ambivalence par rapport à ce bébé souhaité mais terrifiant, accompagné d'une symptomatologie délirante très riche étant donné l'état de décompensation aiguë.

Le tableau de Mme H. est différent.

Vignette clinique n°6 (a)

Tout d'abord quelques éléments biographiques.

La mère de Sidonie, Mme H., est âgée de 41 ans lors de la première rencontre à l'unité mère-bébé de Nantes (le H.O.M.E.) en 2004. Elle est alors enceinte de 8 mois et nous est adressée pour un premier contact (consultation de prévention) par son psychiatre. Il la suit depuis 1990 pour une schizophrénie « *de forme partielle, très instable dans le temps, troubles constitués en rapport étroit avec des traumatismes de l'enfance.* »

Mme H. est l'aînée d'une fratrie de trois, elle a un frère et une sœur qui vont bien. Elle a des contacts réguliers et de bonne qualité avec ses parents.

On retrouve une notion d'abus sexuel dans l'enfance de la part d'un oncle maternel.

Après une scolarité normale, Mme H. débute des études aux Beaux-Arts de Bordeaux.

A 27 ans survient la première décompensation psychotique (dissociation, éléments délirants de persécution) et un rapatriement à Nantes pour une hospitalisation à la demande

d'un tiers. De 1990 à 1995 on note de nombreuses hospitalisations, deux interruptions volontaires de grossesse. .../...

Elle rencontre ensuite le père de Sidonie, se rend régulièrement à ses consultations, se réinsère (fait des ménages). Ils se marient en 2001.

Le père de Sidonie. Mr.H. est d'origine algérienne, plus précisément kabyle, et vit en France depuis 10 ans d'une façon bien intégrée. Il était musicien en Algérie, travaille ici en intérim comme manutentionnaire.

Il vient d'une fratrie nombreuse. Toute sa famille est en Algérie.

Progressivement le couple commence à vouloir fonder une famille. Après discussion avec son psychiatre, devant la stabilisation de Mme, un mari soutenant, un couple inséré, il est décidé d'accompagner ce couple dans leur désir d'enfant. Le traitement neuroleptique de Mme par pipotiazine (PIPORTIL) injectable est relayé par voie orale (plus maniable). Mme est enceinte rapidement. Elle arrête son traitement et survient une décompensation peu bruyante (éléments délirants a minima), vite atténuée par la reprise du pipotiazine per os. Sur le plan somatique, la grossesse se passe bien pour la mère et le bébé, à part un doute à la dernière échographie sur une malformation cardiaque, réfutée par le cardiopédiatre quelques jours après.

Lors de la première consultation à l'unité Mère-Bébé le médecin qui la reçoit note un « *bon contact* », des « *préoccupations adaptées* », pas d'attitude ambivalente rapportée, ni de persécution par ce fœtus.

Quelques commentaires :

Mme H. est une patiente schizophrène avec une pathologie psychiatrique stabilisée depuis 9 ans et une décision de grossesse réfléchiée en concertation avec son psychiatre. Elle est insérée, vit maritalement, a un suivi régulier, accepte une consultation à l'unité d'hospitalisation mère-bébé pour préparer toutes les éventualités. Donc des notions encourageantes vis-à-vis de cette grossesse, de cette future maternité.

5. Les traitements antipsychotiques pendant la grossesse

Un petit mot concernant la thérapeutique par antipsychotique au cours de la grossesse. Les données provenant essentiellement de la pharmacovigilance, de rapports de cas, les recommandations sont de peser le **rapport bénéfique/risque** de ces traitements, propre à chaque situation. La balance de ce rapport pencherait plutôt dans le maintien du traitement, deux tiers des femmes schizophrènes rechutant d'après les études lors de l'arrêt du traitement durant la grossesse (comme Mme H.). Ces décompensations mettent sa vie et celle de son enfant en danger [119] : on assiste à des comportements suicidaires, une négligence de soins, des menaces d'accouchement prématuré...

Pour le risque tératogène, il faut savoir que le risque de malformation congénitale dans la population générale est de 2 à 4%, d'origine indéterminée dans 70% des cas, et 5% de cause médicamenteuse [120].

Le pipothiazine, traitement de Mme H, fait partie des phénothiazines, neuroleptiques les plus étudiés pendant la grossesse. Une méta-analyse de 1996 rapporte une légère augmentation de l'incidence de malformations, notamment cardiaques, par rapport à la population générale lors de leur utilisation au premier trimestre (2,4% versus 2% dans la population générale) [120]. Pour Sidonie, l'échographe a eu un doute sur une malformation cardiaque à l'échographie du troisième trimestre.

Pour les autres neuroleptiques classiques des cas de malformation de membres ont été rapportés, mais globalement on ne note pas d'augmentation des malformations congénitales par rapport à la population générale. Par contre l'équipe de pédiatrie/néonatalogie doit être prévenue du traitement maternel afin d'accueillir le bébé qui pourrait présenter une tachycardie, une sédation, une hypotension, des troubles gastrointestinaux, des signes extrapyramidaux (hypertonie, agitation motrice, dystonie) en cas de posologie élevée.

Pour les antipsychotiques atypiques (olanzapine, risperidone, clozapine, aripiprazole), les données actuelles ne montreraient pas d'augmentation du risque tératogène pour l'olanzapine et la clozapine par contre ils augmenteraient le risque d'intolérance au glucose, voir de diabète gestationnel aux conséquences obstétricales potentiellement importantes. Globalement nous avons encore peu de recul sur leur utilisation chez les femmes enceintes, et les données recueillies proviennent de cas cliniques isolés ou de petites études, et ils n'auraient pas plus de sécurité d'emploi que les antipsychotiques classiques [119].

A. Dervaux conseille ainsi l'utilisation de l'halopéridol en première intention en se référant au Committee on Drugs qui avait publié un article sur l'utilisation des antipsychotiques chez les femmes enceintes dans un article de Pediatrics en 2000 [120]. Néanmoins comme pour Mme H., le traitement habituel peut être gardé en baissant la posologie pour atteindre le **traitement optimal en monothérapie à dose minimale efficace**, d'où le relais nécessaire par voie orale si possible.

6. Les complications obstétricales

Une méta-analyse de Sacker et coll. de 1996, rapportée dans [79] note comme complication principale un petit poids de naissance. Comme nous l'avons vu ces grossesses

sont moins suivies médicalement, d'où les risques qui en découlent de non prise en charge de diabète gestationnel, prééclampsie...

Finalement, la maternité des femmes schizophrènes a longtemps été découragée voir interdite mais il est important, dans un esprit éthique, de garantir les droits fondamentaux des malades mentaux, dont l'accès à la maternité. L'attitude actuelle est donc d'« accompagner ces futurs parents dans le cadre d'une prise en charge en réseau, assurant une continuité entre le pré et le postpartum, permettant de réduire les effets de clivage et de moduler les efforts thérapeutiques en fonction de critères évalués en commun et avec une fréquence suffisante » (J. Dayan in [79].) Il est préférable de travailler l'alliance thérapeutique avec ces mères, ces parents pour les accompagner en étant auprès de l'enfant, plutôt que de rentrer en conflit, les perdre de vue, car le désir de maternité est souvent important (pour exemple le nombre de grossesses que nous avons pu observer suite à des placements). Par ailleurs, suite aux données précédentes nous devons garder un certain optimisme quant au devenir des ces enfants.

VI. LES CONDITIONS D'ÉMERGENCE DE LA PENSÉE DE SIDONIE

1. Le passage à la maternité

Vignette clinique n°6 (b)

Sidonie naît fin décembre 2004. L'accouchement est eutocique, elle pèse 2 600 grammes. Comme prévu, suite à une concertation avec les différents partenaires concernés par cette dyade, elle est accueillie avec sa mère à l'unité Kangourou de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes pour 12 jours, avec le passage des infirmières psychiatriques de madame et les infirmières du HOME.

A sept jours les puéricultrices signalent leurs premières inquiétudes. Ainsi lors d'un bain Sidonie a bu la tasse, occasionnant une fausse-route qui a nécessité une aspiration. Les infirmières du service confirment les doutes et trouvent Mme H. « lointaine et soucieuse ».

Il lui est proposé une hospitalisation à temps plein pour évaluation et travail sur les premiers liens, ce qu'elle accepte.

Nous nous sommes interrogés sur nos rapports avec les équipes de la maternité, notamment le contact pris en fin de grossesse pour les prévenir de la situation. Provoquons-nous une stigmatisation de ces patientes ? Des réactions de crainte des soignants ? Car ces mères sont souvent considérées comme dangereuses par avance. Empêchons-nous Mme H. d'avoir une

naissance comme les autres, alors que nous avons des indicateurs positifs à la consultation prénatale?

Il nous semble quand même que cette concertation est indispensable. Elle permet de préparer l'arrivée de ces dyades potentiellement fragiles, d'amener les équipes à avoir une attention particulière pour la mère (état de santé physique et psychique), pour le bébé (signes néonataux de sevrage, prise de poids...), et pour la relation.

Le temps à la maternité est court (3 jours pour un accouchement eutocique), avec un turnover des professionnels importants, ne donnant pas toujours les mêmes conseils aux mères, personnel surchargé de travail qui passe peu de temps avec la mère et l'enfant. Sidonie et sa mère ont ainsi pu être hébergées dans une unité spéciale, l'unité Kangourou. Par rapport aux unités "classiques", cette structure est plus petite, avec plus de surveillance et d'accompagnement, elle augmente également les durées de séjour. Si Mme H. et Sidonie n'étaient restées que trois jours, nous n'aurions pas eu les éléments nécessaires pour lui proposer l'hospitalisation qu'elle refusait au départ ! Une fois rentrées à la maison la situation aurait été plus compliquée.

Le passage des infirmières psychiatriques référentes de la mère (si possible) ou de notre équipe assure un lien avec cette maman qu'elles connaissent, une évaluation de la situation, avec des temps d'entretien et d'observation en concertation avec les psychologues de la maternité. Il est aussi soutenant pour le personnel soignant des maternités peu habitué finalement à la pathologie psychiatrique, même si la présence de psychologues et/ou de pédopsychiatres se majore et amène progressivement à des changements de mentalité.

Notre attitude actuelle est donc de transmettre les informations nécessaires pour que se réalisent une attention et un suivi particulier, tout en cheminant avec les soignants pour qu'ils observent aussi ce qui est bon dans la relation mère-bébé, sans être attirés ostensiblement vers la pathologie. Nous devons rester ouverts et vigilants.

2. La symptomatologie en post-partum

Les mères schizophrènes ne sont pas exemptes du baby-blues. Howard et al. dans une étude de 2004, retrouvent chez les femmes psychotiques un baby-blues plus inquiétant et plus prononcé et un risque deux fois plus élevé de dépression du post-partum [121].

En ce qui concerne les décompensations psychotiques, elles surviendraient dans 25% des cas dans les 6 premiers mois du post-partum. Les signes annonciateurs seraient l'apparition de

troubles du sommeil, des réveils anxieux, des rêves à contenu angoissant, un comportement bizarre, une confusion [114].

A la suite du premier entretien de Mme H. avec la psychiatre attachée au service, soit quinze jours après la naissance, cette dernière écrit « *contact médiocre [...] détachée sur le plan émotionnel [...] troubles du cours de la pensée avec barrages, bizarreries, dit que la grossesse la soulageait « je délirais moins »* ». Puis progressivement, au bout d'une semaine le syndrome dissociatif se majore et un délire à thématique persécutive de mécanisme interprétatif vient au premier plan avec un « *mauvais œil* » englobant Sidonie, nécessitant une hospitalisation sous contrainte, trois semaines après l'accouchement.

M. David interprète ces manifestations délirantes comme une solution, un échappatoire à l'impossible rapprochement pour cette mère entre le bébé imaginaire et le bébé réel. La mère schizophrène a une vie fantasmatique infiltrée d'éléments délirants, donnant naissance à un enfant imaginaire. Après l'arrivée de cet être en chair et en os, le « *regard mutuel (extériorisant) transforme le bébé en monstre dangereux dont les manifestations motrices, orales, digestives, le regard, le tonus suscitent en elle des angoisses primaires de dévoration, engoulement, anéantissement qui poussent la mère à attaquer ce bébé qui la menace* » même si elle a un désir intense de s'approcher du bébé [117].

3. Existe-t-il une préoccupation maternelle primaire chez les mères schizophrènes ?

Il existe une idée selon laquelle ces mères atteignent de par leur pathologie un haut niveau de préoccupation maternelle primaire (grâce à la relation symbiotique avec leur bébé) et les décompensations sont alors interprétées comme un excès de préoccupation maternelle primaire.

Nous avancerons un autre point de vue. La préoccupation maternelle primaire est pour rappel un état normal définit initialement par Winnicott, qui donne à la mère la capacité de s'identifier dans un mouvement régressif avec son bébé, lui permettant de mieux percevoir les besoins de son bébé réel [122]. Or la mère schizophrène est incapable de régresser, attitude beaucoup trop dangereuse pour son économie psychique. De plus elle est dans une relation narcissique, de fusion, donc dans l'incapacité de reconnaître son bébé comme quelqu'un de séparé d'elle, de percevoir ses besoins. On assiste d'ailleurs plutôt à une inversion de la relation avec un enfant qui s'adapte à sa mère. Ces propos sont cependant à nuancer en fonction de l'intensité des troubles de la mère.

Notre rôle est de l'amener progressivement et par petites touches à s'approcher de ce bébé réel, et comme nous le verrons par la suite à s'approcher d'un état de préoccupation maternelle primaire.

4. Les caractéristiques des interactions de Sidonie avec sa mère

Dès 1970 Cohler et al. (cité dans [103]) avaient mis en évidence des perturbations des relations précoces de mères psychotiques et de leur enfant. « *Elles ne répondaient pas aussi vite et de manière adéquate aux signaux de leur nourrisson et les stimulaient moins sur le plan social (que les mères non malades)* ». Puis en 1984 Person et al. (encore cités dans [103]) notent que dès le troisième jour de vie, lors de temps d'observation au moment du nourrissage, les interactions affectives sont plus pauvres et moins harmonieuses. « *Ces femmes apparaissent plus tendues et incertaines, elles montrent moins de contact social, particulièrement au niveau vocal et au niveau du sourire avec leur bébé. Les bébés montreraient aussi significativement moins de contact social envers leur mère. Les couples mère-nourrisson paraissent avoir moins de contacts visuels mutuels par rapport à un groupe contrôle.* » Dans ce domaine, les travaux de M. Lamour restent une référence. Nous nous appuyerons sur eux.

4.1. Les interactions comportementales [103]

Vignette clinique n°6 (c)

Sidonie est âgée de 15 jours, et est hospitalisée depuis trois jours avec sa mère en hôpital temps plein.

Mme H. n'entend pas Sidonie pleurer la nuit ni hurler le matin au réveil, laissant l'infirmière faire. Le bébé est porté de façon inadéquate : vertical en bascule sur l'épaule tenue de la main du côté. Sidonie apprendra à se calmer ainsi. Il n'existe pas de regard de la mère vers sa fille, Sidonie regarde vers l'extérieur.

**Transmissions infirmières de l'unité mère-bébé de
Nantes**

Les interactions entre Sidonie et sa mère sont dès le départ infiltrées de la pathologie psychotique. On note des moments difficiles mais aussi des moments plus positifs où Sidonie peut profiter d'un bon moment avec sa mère.

Au **niveau visuel** on retrouve à différents moments de la prise en charge une mère qui regarde très peu sa fille, et une fille qui en réponse **évite** le regard vide de sa mère. Et Sidonie avec les autres intervenants ? Elle évite au départ le regard des soignants puis s'y accroche

comme à celui de son père. M. Lamour émet l'hypothèse d'une tentative de rassemblement par ce biais. Les regards mutuels sont rares.

A 3 mois et demi, Sidonie revient dans l'unité alors que sa maman a passé un mois dans un service de psychiatrie adulte. Pendant ce temps, elle était avec son père qui avait alors arrêté de travailler pour s'occuper d'elle, soutenu par les grands-parents maternels. Sidonie rencontrait alors sa mère lors de visites médiatisées une fois par semaine. L'infirmière note que Sidonie regarde les visages sans fixer son attention ; elle passe sur celui de sa maman, ne semble pas la voir. Quelques jours après, son regard ne se pose toujours pas sur sa mère, alors qu'elle peut désormais fixer avec attention celui du soignant référent. Elle pourra progressivement voir sa mère, lorsque l'état mental de cette dernière le permettra, en général après un temps de contact avec le regard d'un tiers. Mme H. regarde quelques fois durement son bébé, englobé dans son délire de persécution.

Sur le plan **corporel**, la relation est plutôt distante. Le portage est raide, qualifié de périlleux car Mme H. porte Sidonie de façon cavalière : en bascule sur l'épaule voir en califourchon, tenue par une main sous les fesses. Sidonie a appris à connaître cette position, à l'adopter. C'est une position dans laquelle elle se calme.

On ne retrouve pas les classiques rapprochés intenses dans ce cas clinique. Les seuls moments où Mme H. est attentive au corps de son bébé surviennent lors de fixations sur les plis de la peau, le nombril.

Attardons-nous un peu sur cette "fixation". M. Lamour dans Souffrance autour du Berceau [77] insiste sur le fait qu'il n'existe pas de relation tiers dans l'attraction mère-bébé au sein de ces dyades, avec une proximité physique pouvant prendre des allures d'érotisation, le bébé ayant alors un statut d'objet partiel, avec une potentialité incestueuse. On trouve à plusieurs reprises les difficultés pour Mme H. de réaliser les soins corporels, qui la plongent dans un malaise intense voire l'amène à la désorganisation psychique. Ces soins réveillent les pulsions sexuelles de la mère et ses angoisses archaïques de perte des limites. Toucher le corps entraîne soit des phobies impulsives (comme de faire engoutir le biberon) soit de fascination sur les orifices du corps (comme ici l'ombilic). Dans le cadre des ateliers de l'unité, un atelier "massage mère-bébé" a été proposé à Mme H. pour l'accompagner dans la juste distance avec le corps de sa fille, favoriser le contact corporel d'autant qu'il était noté un toucher fin globalement non ajusté, des chatouilles et des caresses appuyées et insistantes. Ne supportant pas ce contact rapproché, elle n'est restée qu'au début de sa première séance.

Le tonus de Sidonie est variable avec des phases ponctuelles d'hypertonie bras en croix sur les tapis pendant les 6 premiers mois, et une hypotonie prédominante dans le bas du corps

difficilement investi, étape de l'intégration corporelle difficile à franchir. Elle recherche souvent un appui dorsal, pleurant dès qu'on la place sur le ventre, se calmant lors de pleurs en position allongée dorsale. Un retard de trois mois à l'âge de 6 mois est confirmé par les bilans psychomoteurs, retard qui persiste.

Ses attitudes corporelles sont très tôt adaptées à l'état mental dans lequel se trouve sa mère comme dans l'observation qui suit.

Vignette clinique n°6 (d)

A 5 mois, on observe lors d'un après-midi :

« Mme H. est de plus en plus fermée. Son visage est figé, le sourire forcé quand elle dit quelque chose. Du coup, j'ai l'impression que Sidonie est plus figée également sur le tapis d'éveil. Elle gigote très peu, juste les jambes, ne cherche pas à prendre les objets, ou alors juste d'une main et relâche très vite le jouet. Elle reste les bras en croix plaqués sur le tapis et immobile, même si elle semble attirée par un jouet à côté d'elle, bougeant juste la main de ce côté-là. »

Observations de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Au niveau **vocal**, la dyade est globalement silencieuse. Après avoir crié quelques jours, Sidonie attend sans émettre de bruit dans son lit que sa mère vienne la chercher le matin, elle ne pleure que rarement. A 3 mois elle s'apprête à jaser mais se tait dès qu'elle entend les pas de sa mère dans le couloir. A 4 mois elle rit timidement mais répond avec bonheur à l'échange verbal.

Vignette clinique n°6 (e)

Observation à 8 mois par une infirmière :

« Sidonie commence à vocaliser des « ta ta ta ». Doucement, lentement, sa maman la déshabille en lui disant qu'elle va prendre son bain, le ton est gai. Nue, Sidonie augmente sa mobilité, elle soulève les fesses en prenant appui sur les pieds. Elle prend un pied dans ses mains et le porte à la bouche. Sa maman, se fige devant elle, la regarde sans rien dire. Elle attend. Sidonie se tourne vers moi, souriante, vocalisant des « ta ta ta ». Sa maman la prend sous les bras pour l'immerger progressivement en commençant par la pointe des pieds [...], Sidonie regarde sa maman, elle la suit du regard. Madame H. la savonne énergiquement [...], Sidonie se tourne vers sa maman et se met à discuter sur des modulations mélodiques de « ta ta ta ta ». Sa maman lui répond en langage bébé, puis elle lui propose de jouer avec le ballon. Elle lui lance le ballon au niveau des jambes, Sidonie bouge les pieds pour ramener le ballon vers elle, elle le tient avec ses pieds, le ramène sur son ventre et le saisit avec ses mains en riant. Elle le rejette vers sa maman qui renouvelle le jeu. Sidonie continue à vocaliser des « ta ta ta ». Après plusieurs minutes, Madame H. la sort de l'eau en la prévenant. »

Observations de Mme A. Retailleau, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Les premières vocalises de Sidonie sont adressées à sa mère, qui ne réagit pas. Elle se tourne alors vers l'infirmière qui lui répond. Elle réessaye du côté maman qui enfin ébauche un parler bébé, échange verbal difficile, lui propose un jeu de ballon. Par contre Mme H est attentive à sa fille lors de cette observation, accompagne ses gestes de paroles.

Mais Mme H. est plutôt décrite comme « *muette, fermée* » ou alors avec un discours « *spontané pauvre, et intervient avec un décalage qui surprend le bébé* », non modulé, sans reprise des vocalises. Le soignant est alors là pour relayer cette dimension verbale, soutenir Sidonie.

4.2. Les interactions affectives et fantasmatiques

A part lorsqu'il y a danger ou des signes de souffrance en plein de Sidonie (comme une désorganisation), la lecture des observations nous laisse un sentiment de lourdeur, de temps sans fin. Pour exemple suite à un échange de qualité au moment d'un repas, la dyade s'installe dans la salle d'éveil et elles restent immobiles toutes les deux côte à côte pendant...2 heures ! C'est également la première impression de l'infirmière à domicile : un temps figé.

Vignette clinique n°6 (f)

Sidonie a 3 mois et demi.

« Maman plus ouverte ce matin, je la sens plus réceptive sans doute moins stressée, mais décoder les besoins du bébé reste difficile. Tout ce qui n'est pas dans son ordre est difficile à appréhender. Elle essaie d'être attentive mais les réactions de Sidonie la perturbent parfois. Elle s'extasie quand son bébé sourit mais se referme très vite, ne maintient pas d'interaction.

Les biberons sont moins difficiles qu'hier, la dyade prend ses marques, la maman s'installe plus confortablement, toujours inquiète car veut à toute force que Sidonie boive. Sidonie peut regarder sa maman et même lui sourire au bout d'un moment. [...] Lors du bain Sidonie est très aidante, elle la regarde du coin de l'œil puis très franchement quand elle est dans l'eau. [...] Sidonie trouve assez facilement son sommeil en s'apaisant d'abord avec son pouce, sommeil calme ensuite. »

Observations de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

A certains moments de plus grande disponibilité Mme H. fait certaines tentatives pour comprendre sa fille mais elle est dans l'incapacité de « *décoder* » les besoins de Sidonie qui s'adapte à sa mère, l'aide et a rapidement trouvé le moyen de s'apaiser par son pouce, sa mère ne pouvant pas non plus apaiser ses angoisses.

Cela entraîne à plusieurs reprises des attitudes franchement désadaptées à la fois vis-à-vis de l'âge de Sidonie (comme la mettre debout à 3 mois après un bain pour l'habiller), des interprétations qu'elle peut faire, jusqu'à mettre sa fille en danger.

Vignette clinique n°6 (g)

A trois mois et demi, alors que le premier biberon de la journée a été laborieux (1 heure en tout, et de nombreux endormissements pour Sidonie.)

« Là, à la fin du biberon, il reste 30cc, Mme H. est contrariée au point de “ punir “ son bébé « puisque c'est ça tu vas aller au lit ! » Elle est fermée. Sidonie dans son lit s'apaise avec son pouce, observe sa maman du coin de l'œil mais ne pleure pas. Sa maman finit par partir en disant « Maintenant tu dors ! »

Sidonie restera longtemps éveillée, tétant son pouce, regardant aussi son bras et son poing gauche fermé...

Vers 15 h 30, m'inquiétant de la dyade, je retrouve Sidonie, seule, dans la salle de bain. Elle est en travers du transat, non attachée, à moitié dévêtue, une couche sous les fesses non fermée ! Elle est calme, regarde autour d'elle.

Je réajuste la couche, prends Sidonie dans mes bras et cherche sa maman. Elle réapparaît après et m'explique qu'elle a eu des fuites urinaires au moment du change et est donc allée se changer... »

Sidonie a 9 mois.

« Sidonie est souriante et bavarde à son réveil. Je la prévient que sa maman n'est pas de retour et que je prépare son repas. Installée en salle d'éveil, Sidonie continue à discuter pendant que je prépare. Sa maman arrive à ce moment là, Sidonie s'arrête de parler et son visage s'assombrit, elle se fige plus ou moins. Madame H. s'installe pour lui donner le repas. Fermée, elle donne des cuillerées presque par automatisme. Sidonie ouvre grand la bouche, sa maman laisse peu pénétrer la cuillère et essuie attentivement Sidonie. Après quelques cuillerées Sidonie commence à pleurer, elle a du mal à manger. Maman dit : « allez Sidonie ». Les pleurs de Sidonie augmentent. Elle s'arrête pour accepter la cuillerée puis reprend de plus belle. Elle ne veut plus manger. La maman se lève brusquement : « si c'est comme ça, tu vas te coucher ». Je lui rappelle que Sidonie vient de se réveiller. Sidonie est tendue, je la prends dans mes bras. Madame H. demande à la prendre pour la calmer. Elle l'installe haut sur son épaule et se promène dans le couloir, puis la met dos contre le ventre. Sidonie se calme, me fixe du regard, des larmes perlent. Son visage reprend son teint pâle. Madame H. s'installe dans le fauteuil, Sidonie assise contre le creux du bras droit. »

Observations de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Il existe rarement un accordage affectif. De toute façon pour Mme H. avoir des affects est finalement rare, donc comment être attentive à ceux de sa fille, et lui traduire ?

Enfin à 1 an, Sidonie pèse 7,300 kilogrammes pour une taille dans les limites de la normale. Son apparence est celle d'un bébé de 9 mois, qui spontanément a le regard fuyant, peu de vocalises spontanées, peu de mobilité, se limite dans l'exploration des objets, et qui s'anime progressivement en retrouvant le soignant, son père. Elle vit chez ses parents, se rend une fois par semaine avec sa mère à l'unité mère-bébé et pour un suivi psychomoteur au centre de consultation ambulatoire à ce même rythme. Elle va également trois fois par semaine à la crèche, sa mère refuse plus de temps de prise en charge. Un signalement judiciaire a été réalisé lors d'une rupture de soins d'une durée de 1 mois où la Protection Maternelle Infantile était restée présente autour de cette famille. Nous reprendrons plus loin les éléments de sa prise en charge.

5. Les caractéristiques générales des interactions de Sidonie avec sa mère

Enfin nous avons les quatre caractéristiques de la relation d'un enfant et d'une mère schizophrène définies par M. Lamour [103] : chaos, difficulté ou impossibilité d'appréhender l'enfant réel, inversion de la relation, relation inaménageable sans médiatisation.

- **Chaos.** C'est ce qui est au devant du tableau. Il existe un désir intense de rapprochement fusionnel avec son enfant avec des tentatives de rapprochement physiquement étouffant et un rejet, une intolérance à l'égard des manifestations de vie et de développement de l'enfant réel. Alors que Sidonie vient de se réveiller Mme H. décide de la recoucher. Les soins paraissent plus ou moins dangereux, correspondant alors à des impulsions de la mère, comme lors de l'avant-dernière observation où Mme H. quitte brutalement sa fille alors qu'elle était entrain de la changer. L'environnement est imprévisible, rendant long et difficile la constitution des rythmes du bébé.

- **Difficulté ou impossibilité d'appréhender l'enfant réel.** Ces mères n'ont d'yeux que pour leur bébé fantasmé, qu'elles ne retrouvent pas dans ce bébé de chair. Niant ainsi leurs besoins, voire les interprétant sous le sceau du délire. Les heures de biberon sont peu respectées, en tout cas ne sont pas la priorité pour Mme H. pas plus que la température des biberons... Les pleurs sont la plupart du temps considérés comme des caprices donc amènent à des "punitions" sans que la souffrance éventuelle de Sidonie ne puisse être envisagée.
- **Inversion de la relation ou « perversion de holding »** M. David [123]. Ces mères chaotiques ont des bébés hypervigilants, au regard grave, apprenant rapidement à se consoler seuls, limitant leurs mouvements afin de se protéger des foudres de leur mère,

de protéger leur mère d'une décompensation. Sidonie surveille dès ses premières semaines sa mère du coin de l'œil, ralentissant ses mouvements voire se figeant lorsque l'activité délirante de sa mère est sous-jacente. Son pouce est un de ses alliés, régulièrement dans la bouche pour se calmer sans qu'elle s'agrippe à lui.

- **Caractère intolérable, inaménageable de la relation sans médiatisation.** « *Tout se passe comme si la réalité de l'enfant entraînait la mère qui ne se distingue pas de lui, à se sentir comme à nu face à l'angoisse du nourrisson, qualifiée par Winnicott d'inimaginable. Et suscitait en elle une angoisse analogue que chacun renvoie à l'autre en miroir* » [123]. Alors que nous avons des consultations prénatales rassurantes, la situation duelle de Mme H. avec sa fille est très angoissante, faisant revenir en elle ses vieux démons, ce délire à thématique persécutif de mécanisme essentiellement interprétatif qui s'était éloigné depuis quelques années. Comme si elle y trouvait refuge lors des moments de rapprochés où elle commence à voir percer l'enfant réel qui se tient en face d'elle. Après dix années de suivi ambulatoire, elle est à nouveau hospitalisée, à plusieurs reprises.

Replongeons-nous dans un moment de vie de Sidonie.

Vignette clinique n°6 (h)

A 3 semaines lors d'un biberon :

« *Mme H. oublie de rincer le biberon puis met le lait avant l'eau. Je lui ré-explique la préparation. Elle le fait correctement ensuite. La dyade s'installe en salle d'éveil pour le biberon. Elle demande le demi-arceau et positionne Sidonie, son bras la soutenant légèrement. Sidonie tête environ 25cc puis s'endort. Impatience de Mme H. qui désire aller fumer, regarde peu Sidonie, son visage est inexpressif. Elle va recoucher Sidonie puis descend fumer. Sidonie se réveille. Mme H. remonte sur sollicitations. Elle s'installe au salon dans un fauteuil. Beaucoup de difficultés pour s'installer confortablement, elle résiste aux conseils. Sidonie prend environ 45cc puis fait un rot, la maman se rassoit, prend le biberon, lui présente puis brusquement le met sur la table, portage non soutenu durant ce moment. Elle la porte haut, épau-le-cou puis la recouche dans son lit. Refus de Mme H. de passer le relais. Sidonie s'endort. La maman va fumer une cigarette. Sidonie se réveille, cherche à téter. Sa mère revient, la prend haut sur son épaule, s'assoit au salon, prend Sidonie sous les bras devant elle, rit, dit qu'elle ressemble à Donald. Sidonie tête 20 cc puis s'arrête, régurgite. Sa maman ne paraît pas inquiète, sourit et rit plus ou moins en disant qu'elle a fait une belle galette. Elle va dans la salle de change. Sidonie s'endort sur le tapis, Mme H. a un barrage au moment de changer la couche puis regarde le nombril, ne fait pas de commentaire. »*

Observation de Mme A. Retailleau, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Le rythme haché de cette observation nous montre la spirale infernale, chaotique, dans laquelle vit Sidonie lors de la plupart des moments de contact avec sa mère, jusqu'à nous donner nous aussi la nausée. Mme H. est imprévisible, inadaptée, ne voit pas les moments où Sidonie aurait besoin d'être alimentée. D'ailleurs qui voit-elle, que signifie ce Donald ? Sidonie répond en s'endormant pendant les biberons, sur le tapis de change comme pour disparaître, se faire aussi petite et discrète que possible. Spirale infernale renforcée par le rythme de cette dyade, notamment pendant la première année de vie : d'abord douze jours toutes les deux dans l'unité kangourou, puis trois semaines au H.O.M.E la semaine et le week-end à la maison pour cause de fermeture, puis trois semaines avec son père (sa mère étant hospitalisée en psychiatrie adulte) avec une visite médiatisée par semaine, puis un mois de visites à domicile (les parents refusant une nouvelle prise en charge au HOME), puis une nouvelle hospitalisation en psychiatrie de sa mère avec une venue de Sidonie en hôpital de jour sur des temps progressivement plus importants, ensuite deux mois d'hospitalisation temps plein pour toutes les deux au H.O.M.E., et un mois et demi en hôpital de jour quatre fois par semaine.

Enfin ces caractéristiques de la relation s'expliquent par la relation d'objet psychotique. Mme H. lors des hospitalisations réclame sa fille, dès son arrivée dans le service pour les visites médiatisées elle cherche Sidonie, mais une fois en contact la situation se fige. Il existe un contraste « *entre l'intensité d'un désir qui s'exprime avec force en l'absence de l'enfant, et le manque total de contact lors de leur mise en présence, l'enfant n'étant pas vu, soit que la mère reste prostrée absente, soit qu'elle manipule l'enfant sans tenir compte de ses réactions* » (M. David [117]).

De ces modalités interactives particulières découlent pour Sidonie la mise en place de mécanismes d'adaptation, révélateurs d'une souffrance psychique.

6. Les signes de souffrance psychique précoce de Sidonie

6.1. Troubles somatiques

Dans cette catégorie, nous trouvons une faible prise de poids, mais régulière. Les temps de biberon sont comme nous l'avons vu très difficiles pour les deux protagonistes, et pour la personne tiers qui donne le biberon occasionnellement. On note à plusieurs reprises des troubles de la coloration avec une teinte devenant d'une pâleur extrême à des moments où Mme H. est au prise avec sa maladie.

6.2. Troubles tonico-moteurs

Vignette clinique n°6 (i)

Sidonie a 1 mois et 4 jours

« A l'arrivée, je remarque l'air sidéré de Sidonie, bras en croix, elle est immobile et son regard est fixe devant elle. A moins que ce ne soit au regard de l'attitude maternelle...

Bébé au comportement étrange, toujours observé en présence de sa maman.

Sa gestualité d'abord interpelle. Elle est importante avec des mouvements vifs et accélérés. Elle tend ses bras et ses poignets, tourne dans un sens et dans l'autre, poings fermés. Elle alterne hypertonie et hypotonie mais ses membres inférieurs semblent toujours relâchés. Elle n'accepte pas toujours les contacts corporels, se raidit ou s'agite. »

Sidonie a 1 mois 6 jours

« Elle passe un temps, éveillée dans le transat, avec la même gestuelle. Elle ne cherche pas à s'arrêter sur un visage, semble regarder mais jamais de façon fixe, son bras droit tendu devant elle et son poignet qui tourne décrivant des demi-cercles, poings fermés. Son autre bras est parfois tendu, parfois plié, poing serré. Elle est dans cette phase d'éveil, très active, bougeant sans cesse les bras, la tête, moins le bas du corps.

Quand je l'appelle, elle ne semble pas entendre ! »

Observations de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Sidonie présente une hypotonie globale avec une difficulté à investir le bas du corps qui persistera longtemps. Elle est retrouvée ainsi plusieurs fois allongée sur le dos les bras en croix, sans pouvoir se rassembler. On note par intermittence une motricité intense de la tête et du haut du corps avec ces mouvements bras tendus si particuliers, mouvements de cercle des poignets ou de façon unilatérale à droite. Que cela signifie-t-il ? Est-ce une symbolisation corporelle ?

Voici la conclusion du bilan psychomoteur réalisé alors que Sidonie est âgée de 6 mois et 4 jours, en présence de sa mère et de son infirmière référente. C. Bourdier, une des deux psychomotriciennes du service note que *« Sidonie est une toute petite fille très hypotonique présentant un retard du développement la situant autour de 3-4 mois. En décubitus, elle reste spontanément allongée sur le dos les bras en croix, les jambes fléchies, hypotoniques. Lors de la présentation de l'objet elle ne peut attraper dans l'axe médian. Elle attrape soit au contact soit sur le côté présenté à gauche. Lorsqu'on la sollicite elle porte à la bouche. Elle ne joue pas avec ses pieds. Sinon elle commence à essayer de se retourner, ne se tient pas assise. En position ventrale se soutient légèrement sur ses avants-bras, quelques secondes. »*

6.3. Troubles de la régulation des états de vigilance

Les variations des états de vigilance pour un souci d'économie énergétique de l'organisme sont vite utilisées par Sidonie comme mécanisme d'adaptation, et d'une façon particulière. On note une hypervigilance initiale puis avec le contact persistant avec la mère une chute rapide et brutale de la vigilance. Le bébé tombe dans le sommeil. Cette régulation avait déjà été décrite par M. Lamour chez les bébés de mère psychotique [Lamour 103].

Vignette clinique n°6 (j)

Sidonie a 15 jours.

« Elle a fait une sieste après le bain que sa maman lui a donné seule. Sidonie se réveille vers 11 H. Mme H. va lui préparer son biberon, entre temps Sidonie s'est endormie, sa maman marque un temps d'arrêt puis descend fumer. Sidonie se réveille peu de temps après. Je vais chercher la maman, nous remontons ensemble. Énervée de ne pas pouvoir terminer sa cigarette, elle s'installe au salon pour donner le biberon avec l'anneau. Sidonie boit 15cc puis s'endort. Mme H. semble dépitée, je la rassure en lui disant qu'elle vient de se réveiller, peu de temps après elle se lève brusquement, va recoucher Sidonie, portage non soutenant. Elle dépose brusquement Sidonie dans son berceau, se rend compte de son geste, Sidonie pleure un peu, bouge puis se rendort. Sidonie se remet à pleurer, Mme H. me passe le relais pour le biberon. Sidonie prend 15cc avant de s'endormir profondément jambes dépliées. Mme H. la regarde, sourit, a les yeux rouges et avoue avoir des émotions qui montent mais ne peut les verbaliser. »

Observation de Mme A. Retailleau, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Le temps de l'alimentation provoque une proximité mère-bébé anxiogène pour les deux. Sidonie réagira très souvent comme c'est le cas ici en s'endormant dès quelques centilitres de bu, provoquant un retard de poids. Globalement ses variations de vigilance suivent la règle du "tout ou rien" comme si elle n'avait pas de variateur, comme sa mère imprévisible qui ne l'accompagne pas. Par contre Sidonie ne se situe pas dans le registre du retrait relationnel, vivant des moments de communication avec son père, les soignants et quelques fois sa mère.

6.4. Troubles relationnels

Les manifestations émotionnelles de Sidonie sont variables en fonction des intervenants, figée en présence de sa mère comme elle, ou prenant plaisir au jeu lorsque c'est possible comme avec son infirmière référente où elle rie aux éclats.

Nous avons déjà évoqué l'évitement de Sidonie, du regard et de la situation, au départ global puis sélectif envers sa mère.

Vignette clinique n°6 (k)

A 1 mois

« Son regard a du mal à se poser surtout pour regarder sa maman, qu'elle regarde à la dérobée (détourne le regard quand sa mère lui fait face). Son expression est dispersée, sourcils souvent froncés, elle regarde vers le haut en écarquillant les yeux et on aperçoit même un espace blanc entre la paupière supérieure et l'iris, ce qui accentue l'étrangeté.

L'après-midi, après un temps « d'apprivoisement », elle me regarde dans les yeux et semble m'écouter. Sourire non dirigé ou semblant une grimace. Pas de vocalise. »

Observation de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

On note aussi une grande sensibilité aux changements...

Vignette clinique n°6 (l)

Sidonie a 2 mois 10 jours

« Meilleur contact d'emblée aujourd'hui.

Sidonie semble reconnaître les lieux, me reconnaître. Arrive au fil de la journée à maintenir le regard.

Observée à nouveau, regarde son bras droit avec insistance mais moins souvent qu'hier, elle s'intéresse au mobile installé dans son berceau. Peur toujours visible aux changements de pièces mais parvient parfois à se détendre si je lui parle ou chantonne.

Il faut beaucoup de patience et d'attention pour, parfois, peu de lait bu.

L'après-midi pendant ce biberon, elle s'arrête de téter puis cherche mon regard, le maintient, et tête à nouveau. Cela me paraît presque extraordinaire de sa part... et rassurant.

Au départ de sa maman, pour une hospitalisation, elle vient lui dire au revoir. Au son de la voix maternelle il y a des pleurs. Sa maman insiste et le bébé pleure de plus en plus fort. Ensuite, après avoir mis un certain temps pour s'apaiser, ses pleurs reviennent souvent dans l'après-midi, qu'elle passera dans mes bras. Le moindre changement dans le portage, de mon attention à elle, et elle pleure de nouveau. »

Observation de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Dans cette catégorie, nous ne ferons que citer l'hyperadaptation de Sidonie, évoquée déjà à plusieurs reprises, hyperadaptation à sa mère, avec un côté enfant sage.

7. Comment Sidonie peut-elle construire son appareil psychique ?

Nous reprendrons dans ce paragraphe des données de la première partie appliquées à Sidonie.

Quelle est d'abord **sa réalité sensorielle** pendant les premiers mois de vie ? Finalement cette réalité est multiple en fonction des intervenants. Son bain sensoriel est bien différent selon qu'elle passe du temps avec son père ou sa mère, en fonction de l'état de sa mère, et de la présence ou non des soignants en médiation.

Globalement il n'existe pas dans cette dyade de canal sensoriel préférentiel. Tous les modes sensoriels sont périlleux : de l'enveloppement sonore au toucher. Une note particulière pour le canal tactile car tout contact corporel pour Mme avec sa fille est intrusif, générateur d'angoisses massives. Le dialogue tonique est non réalisable, alors que Sidonie peut recevoir des flux adaptés venant de sa mère sur les autres modes sensoriels.

Sur le plan corporel, Sidonie réalise rapidement des moments de jonction main-bouche où elle trouve son pouce dans une activité autoérotique. La recherche de contact dorsal sur la table à langer ou sur les tapis peut être comprise comme une recherche d'arrière-plan, Sidonie ne le trouvant pas chez cette mère, vide, ce qui provoque une difficulté de liaison des parties bébés et maternelles sur l'axe central (peu de rapprochements des mains).

Le tempo : tout est chaotique, autant les macro que les micro rythmes. Mme étant imprévisible, elle ne prévient pas de ses mouvements, brusques. L'imprévisibilité se retrouve aussi dans les temps de vie (biberons, bains, horaires de coucher). Il n'existe pas de contextualisation. Dans les actes la priorité maternelle concerne ses besoins propres, notamment la cigarette et non les besoins de son bébé. Ces éléments font obstacles à la construction d'invariants pour Sidonie, à sa propre invariance (permanence de soi), générant un besoin d'hyperstabilité. Elle est ainsi très sensible aux changements de cadre (dès son arrivée dans l'unité elle jette un coup d'œil autour d'elle comme pour vérifier, et si ses référentes sont absentes l'infirmière doit rentrer en contact en douceur avec elle). Ceci crée aussi une hypermnésie des personnes, des objets, jusqu'à une veille obsessionnelle, des rituels, un surinvestissement de la mémoire factuelle qui apparaîtront par la suite.

L'accordage affectif est inexistant dans le sens adulte/enfant, avec de très rares échanges transmodaux. Les nombreuses observations nous font plutôt évoquer une inversion de l'accordage affectif avec des changements très précoces du comportement de Sidonie en fonction de l'état dans lequel se trouve sa mère, nous aidant comme un baromètre de l'état de Mme, l'empêchant de ressentir librement ses émotions. Plutôt que d'accordage affectif inversé, on devrait plutôt parler de régulation intersubjective où le bébé dès ses premiers moments intégrerait les éléments sensoriels pour décoder l'état mental de sa mère. Cette notion va dans le sens des données de Trevarthen sur l'intersubjectivité intentionnelle dès la naissance, qui, rappelons-le, correspond à un « *sentiment de communion, de communication interpersonnelle entre le bébé et sa mère, qui mutuellement participent et échangent au niveau de leur états émotionnels, de leurs expressions réciproques* ». Le bébé nous traduisant d'une certaine manière l'état affectif de sa mère, en simultané, de façon plus ou moins transmodal.

Sidonie fait preuve d'une **hyperadaptation** apparente avec une hypertrophie de ses capacités d'autorégulation et une hypervigilance, amenant à une hypermaturité. Hyperadaptation apparente puisqu'elle cache finalement l'utilisation de mécanismes adaptatifs comme la variation de ses états de vigilance pour satisfaire son besoin de stabilité. Sidonie perd aussi progressivement son sentiment de compétence et d'initiative, provoquant une passivité. Lorsque la mère ne prend pas en compte les signaux du nourrisson il est « *privé d'un de ses principaux mécanismes autorégulateurs qui lui permettent de s'adapter au niveau de la stimulation qu'il reçoit.* » « *Il aura perdu une occasion d'apprendre qu'il a la possibilité d'exercer avec succès une influence sur le monde extérieur, et, en second lieu, son état intérieur, par le biais d'une communication émotionnelle (...). Si une telle expérience se répète indéfiniment, le bébé peut en conclure, soit que l'expression qu'il manifeste par une mimique n'est pas un évènement communicatif adéquat pour modifier son environnement, soit que -et ceci est pire- elle est un évènement communicatif adéquat mais ne fera qu'empirer les choses* » (Stern cité dans [85]). Les séances d'autonomie libre, de psychomotricité venant pour modifier ce sentiment d'absence de prise sur le réel (détaillé plus loin).

Vignette clinique n°6 (m)

En fin d'après-midi à 3 mois et demi.

« *Très vite elle me regarde droit dans les yeux et sourit. Elle maintient l'interaction avec un désir visible de retrouver le plaisir de l'échange. Elle sourit très facilement, au son des voix, au croisement du regard.*

Le tonus du corps est très modulé, parfois actif, sans exagération mais aussi avec des moments calmes où elle suce son pouce, observe tranquillement l'environnement.

Elle retrouve rarement le geste qui amène sa main devant ses yeux, et c'est tellement furtif que cela passe presque inaperçu dans le mouvement général du corps. Elle allonge bien bras et jambes, les replie peu sur elle.

Elle vocalise doucement, gémit joliment, parfois à mi-chemin avec une vocalise ce qui parvient à attendrir sa maman.

Elle accroche plus qu'elle ne saisit son hochet et semble ne plus pouvoir le lâcher : elle agite son bras mais son poing ne s'ouvre pas. Pas d'amorce de mouvements latéraux. Elle n'accepte pas la position ventrale. »

Observation de Mme V. Hue, infirmière à l'unité mère- bébé de Nantes.

Par la relation d'objet narcissique dont bénéficie Sidonie comme la plupart des enfants de mère psychotique, à la différence des bébés carencés elle aura un investissement narcissique suffisant, lui permettant de trouver la force pour s'organiser psychiquement malgré les aléas des informations sensorimotrices qui lui parviennent. Ceci est également rendu possible par la présence de personnes fiables et stables autour d'elle : son père, ses grands-parents, les soignants. Cependant cette organisation s'effectue par la mise en place parallèlement de mécanismes d'adaptation et de défense, indicateurs pour nous de souffrance psychique.

VII. QUELLE ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE ADOPTER ? **OU “VIENS, VIS ET DEVIENS”**

Winnicott dans son article principes de 1961 notait qu'« *un enfant peut trouver des moyens de se développer normalement en dépit des facteurs défavorables de son environnement, ou il peut être malade malgré de bons soins*» [5], rejoignant la vision étiologique transactionnelle. Cependant quand l'enfant présente des signes visibles de souffrance, comme Sidonie, avec une mère non stabilisée que faire pour qu'elle trouve ces moyens ?

Pour l'enfant de mère psychotique la décision thérapeutique doit selon M. Lamour prendre trois risques en compte [103] :

- être isolé et entrer avec sa mère dans une relation pathologique
- être exposé à des violences et des abandons successifs
- faire l'objet de placements multiples, source de discontinuité

Elle en conclut que nous devons travailler auprès des différents partenaires : père, mère, bébé, aménager la distance mère-enfant pour minimiser le risque de désorganisation des deux, assurer un environnement stable et fiable pour l'enfant. Donc trouver la juste distance entre cette triade père-mère-bébé pour fournir à l'enfant les conditions les plus adéquates possibles de développement, en s'appuyant sur l'idée que la naissance n'est qu'un « *déménagement* »

(Cyrulnik), c'est-à-dire que le bébé a un vécu in utero avec ces partenaires privilégiés qu'il a mémorisés, dont on ne peut faire abstraction [103].

Les soins se sont organisés pour Sidonie et sa mère à trois niveaux :

- directs pour le bébé et parallèlement pour la mère du fait de sa pathologie psychiatrique
- les troubles de la parentalité
- la pathologie interactive au niveau parents-enfants, famille-intervenants et entre intervenants.

Ces niveaux de traitement proposés à Sidonie et sa famille au sein de l'unité n'ont pu se réaliser qu'en articulation étroite avec les nombreux intervenants des différents champs (sanitaire, sociaux, judiciaire) dans un travail en réseau.

1. Les particularités du travail du soignant en périnatalité

Avant d'aller plus loin abordons succinctement quelques particularités du travail en périnatalité. S'occuper d'enfants de cette tranche d'âge ou réfléchir à cette tranche d'âge nous oblige à penser bébé, à savoir essayer de pénétrer dans l'espace interpersonnel du nourrisson, en sortant toutes nos antennes, pour réfléchir en terme de sensorialité, soit un état proche de la préoccupation maternelle primaire.

Selon A. Ciccone le soignant doit être comme la mère qui console son bébé, à savoir s'ajuster à la détresse et transformer un affect traumatique en un affect signal, faire de la détresse un signe, un symbole et non une expérience traumatique [46]. Mais sa position est délicate car il doit assurer une « *fonction contenant suffisamment bonne qui maintient pleinement ouverte la place de l'image maternelle réelle* » (B. Golse in [124]), et non apporter une image maternelle substitutive. L'adulte ne doit pas non plus calquer sur les modalités de fonctionnement des images parentales de l'enfant que celui-ci cherche pourtant à induire en lui. Une professionnalisation des soins est nécessaire s'appuyant sur l'observation, l'empathie, l'attention.

1.1. L'observation

L'observation réalisée dans le service dérive de **l'observation psychanalytique selon la méthode d'Ester Bick**. Elle vise à comprendre quelle réalité psychique et émotionnelle est traduite dans le comportement du bébé. Initialement cette méthode d'observation s'intéressait aux nourrissons "sains" vivant en famille banale. Elle comporte trois temps correspondant aux trois temps de l'activité de pensée définis par Freud : attention/mémorisation/jugement, ou ici : observation directe/retranscription/supervision de groupe. L'observation a normalement

lieu le même jour pendant 1 h au même moment, 1 fois par semaine lors de la première année puis tous les 15 jours pendant la deuxième année. L'observateur n'a pas de part active dans la situation, il n'écrit pas, se place dans un état de disponibilité psychique et émotionnelle, une attention soutenue au bébé et à ses parents. La retranscription consiste en des notes détaillées sur les émotions et les comportements. La supervision se réalise dans un groupe stable, fermé, animé par un psychanalyste 1 fois par semaine où sont émises des hypothèses, et des interprétations. Cette observation s'appuie sur la fonction alpha de Bion : la mère utilise son appareil à penser pour donner sens aux projections du bébé dans son psychisme, pour les lui restituer chargées de sens. La méthode s'est développée en France par le biais de Geneviève et Michel Haag qui y amèneront des applications préventives et thérapeutiques. L'effort de disjonction suite à ces trois temps évite de théoriser rapidement comme une lutte contre l'angoisse liée à toute observation de bébé réactivant des motions pulsionnelles.

Observer nous amène à éprouver, ressentir dans une résonance corporelle avec les protagonistes. Et avec les bébés c'est avec le « *filtre de nos objets internes correspondants, dans une identification régressive* » (B. Golse [121]). C'est un outil pour penser bébé, pour apprendre à connaître le style interactif de la triade père-mère-enfant pour ensuite au besoin dans une autre étape s'immiscer discrètement dans ce cercle en essayant de modifier par étapes des petites choses pour éviter une désorganisation de l'ensemble.

1.2. L'empathie ou la "préoccupation thérapeutique primaire" (M. Lamour)

Le terme d'empathie dérive de l'allemand *Einfühlung* (sentir avec, union dans le sentiment), s'opposant à *Einsicht* ou compréhension, différenciant la compréhension affective et intellectuelle. « *Il s'agit pour l'observateur de pouvoir s'identifier aux différents partenaires de l'observation sans perdre toutefois son identité, mais en participant émotionnellement au scénario qui se déroule sous ses yeux et aussi entraîne chez lui une associativité productive.[...]L'empathie doit être générative et métaphorisante* » (S. Lebovici [125]). Métaphorisante car au lieu de ressentis, viennent des métaphores, des images, qui servent de lien entre le fonctionnement bébé et adulte. Elle agirait directement sur la souffrance par une réorientation du champ émotionnel intersubjectif.

L'empathie peut faire vivre des affects difficiles, amenant à une impression d'indifférence du soignant vis-à-vis de la situation qui finalement sert de mise à distance, jusqu'à produire une pensée opératoire. Un groupe de soutien, des reprises sont importantes.

Dans les situations de bébé de mère psychotique l'empathie est compliquée. Ces dyades nous font vivre le désaccordage, elles génèrent une pauvreté des ressentis, des représentations, voir un malaise mettant le soignant en difficulté, non par incompetence.

Le soignant doit par contre toujours garder en tête qu'il est lui-même quand il ressent par intuition ce qui se passe dans l'autre sinon il se positionnerait en identification avec un risque de contagion émotionnelle.

A cette période du début de la vie, cette attitude du soignant de disponibilité émotionnelle est encore plus importante, très proche pour Stern de son concept d'accordage affectif qui permet une rencontre humanisante entre adulte et bébé, une sollicitude attentive, une rencontre entre deux psychismes.

1.3. L'attention

Elle est définie par W. James (cité dans [121]) comme «*la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent simultanément possibles.*» Ceci est rendu possible par trois propriétés: le renforcement des perceptions soumises à l'attention, la sélectivité des perceptions bénéficiant de l'attention (attention flottante de Freud), l'accession à la conscience des ces perceptions.

L'«*attention (est) à double valence*» selon B. Golse [124] : centrifuge (se porte sur autrui), centripède (porter de manière réflexive sur se propres processus psychiques). Par ce biais elle dépasse le recueil sémiologique et l'observation, en devenant un temps thérapeutique en soi.

Ses triptyques nous renvoient d'une certaine façon à notre propre corps, ou en tout cas à nos sens, comme le bébé des premiers temps de vie, pour mettre en place des processus psychiques.

Voyons maintenant les différents niveaux de traitement.

2. Travailler avec les différents partenaires

2.1. La mère schizophrène

Les soins de la mère comportent eux-mêmes différentes facettes. Pour Mme H. ils ont consisté en la continuité du suivi avec son psychiatre ainsi que des entretiens avec le psychiatre adulte attaché au service pour faire le lien, associé à son traitement psychotrope.

Plusieurs hospitalisations ont été nécessaires pendant la première année de vie, devant des décompensations trop bruyantes, dangereuses pour la mère et pour l'enfant.

Les entretiens avec la pédopsychiatre et les infirmières de l'unité portaient plus sur le processus de dysparentalité, ils s'adressaient à sa partie "maman". Ces interventions cherchent à développer et soutenir le processus de maternalité, tout en tenant compte des ressources et limitations psychiques de la mère. Elles permettent à la mère de nouer un dialogue avec son rôle de mère, d'avoir un interlocuteur qui contienne ses revendications infantiles, d'établir un transfert où est abordé l'imgo maternel et débiter une identification maternelle. L'objectif est aussi de l'aider à découvrir son enfant en réduisant l'écart entre l'enfant imaginaire et réel pour accoucher de l'enfant réel [123].

Des soins corporels de maternage (massage, relaxation, balnéothérapie...) lui ont également été proposés pour favoriser les mouvements régressifs nécessaires à la mise en place des processus de maternalité. Dans certaines unités, des groupes de mères sont organisés permettant de favoriser l'inscription et la reconnaissance sociale de ces mères en difficultés.

2.2. Le père, les grands-parents

Ils sont à considérer comme des alliés du soin, du projet thérapeutique.

Les pères sont souvent selon M. Lamour dans le déni de la pathologie de leur épouse, voir dans la fascination, simple spectateur de la relation fusionnelle mère-bébé [77]. Notre rôle est de les aider à trouver leur place de tiers tant au niveau du bébé que de la mère.

Le père de Sidonie a toujours été présent dans la prise en charge. Depuis la dizaine d'années qu'il vivait avec sa femme il ne l'avait côtoyé que dans un état stabilisé. Les décompensations successives furent des épreuves importantes, il découvrait sa femme sous un autre jour, ne comprenait pas ses réactions vis-à-vis de sa fille, d'autant qu'il prenait et prend à cœur son rôle de père. Lors de la première hospitalisation du post-partum, Mr. H. a arrêté de travailler pendant 1 mois pour être auprès de sa fille âgée de 3 semaines. Lors des hospitalisations mère-bébé il venait très régulièrement les voir, participait aux entretiens... Par contre il avait des difficultés à mesurer la gravité des situations dans lesquelles se trouvait sa fille par moment lorsqu'elle était avec sa mère, jusqu'à demander à la moindre amélioration de l'état de santé de la mère que Sidonie retourne avec elle.

Au sujet des grands-parents (notamment des grands-mères), la maternité réactive les conflits les concernant. Il nous semble intéressant de les rencontrer, après accord de la patiente, pour aborder les dissensions pouvant faire obstacle à l'accès à la maternalité, de différencier les positions générationnelles respectives, de donner à chacun la place qui lui est

due [126]. Pour les grands-parents de Sidonie, nous avons eu quelques contacts avec ses grands-parents maternels (les autres vivant en Algérie), notamment lors du deuxième signalement judiciaire pour évoquer la situation avec eux, aborder le futur lieu de vie de leur petite-fille.

2.3. Le bébé

Les soins du bébé sont étroitement articulés à ceux de la mère. Il s'agit de lui assurer une protection, une contenance et une continuité dans l'attention tant psychique que somatique portée au bébé [126]. Ceci se réalise notamment par les soins primaires, les techniques d'observation (adaptation de la méthode d'Ester Bick, enregistrement vidéo, grilles d'évaluation...), l'autonomie libre...

2.3.1. Les soins primaires

Ils sont définis par M. Lamour comme l'« *ensemble des soins précoces qui doivent être prodigués au nourrisson pour assurer sa survie et son développement. Ils impliquent, au-delà du corporel, qu'une relation personnalisée permette l'humanisation* » [77]. Ces soins sont assurés par les parents, les grands-parents ou tout autre professionnel à temps partiel (lors de crèche, nourrice, hôpital de jour à temps plein), ou à temps complet lors de placement.

La rythmicité et la ritualisation des soins est nécessaire au développement de l'enfant comme nous l'avons vu avec les macrorhythmes de Marcelli. Les "petites habitudes" de l'enfant sont à connaître pour donner une continuité dans l'élaboration des rythmes, respecter l'enfant.

Comme il est privé de sa mère (plus ou moins complètement), les soins donnés par un(e) autre sont en soi déstabilisants pour le bébé, donc doivent être donnés dans un esprit de sécurité et de bien être pour être acceptables. Le portage du soignant doit contenir, envelopper et accompagner, tout en modulant les interactions de son handling en fonction de ce qu'apporte le bébé. Pour ce faire, il doit se rendre disponible psychiquement au corps du bébé ; ses manifestations corporelles et émotionnelles lui permettant de s'ajuster, en lui donnant confiance dans ses capacités, ce qui est l'esprit de l'autonomie libre [121]. Contenir, envelopper dans le portage mais aussi par les autres sens : voix, regard, etc. unifiant le Moi-corporel du bébé, souvent en souffrance. Par exemple l'enveloppe musicale par la voix avec une mélodie qui se modifie en miroir des mouvements de l'enfant.

Les soignants ne doivent pas s'appuyer sur leur maternalité latente, le bébé ne doit pas être impliqué dans leur vie personnelle passée et présente car des ruptures auront obligatoirement lieu [121]. A l'inverse les soins ne doivent pas être prodigués de façon fonctionnelle, sans dimension relationnelle, ce qui conduirait à la mort psychique et corporelle.

2.3.2. L'autonomie libre

Ce concept sous-tend des ateliers proposés dans l'unité par la psychomotricienne et la puéricultrice, et dérive d'une approche directe des bébés, développée à partir des travaux d'E. Pickler, comme un temps de prise en charge hors présence de la mère (ou sinon en retrait) afin d'aider l'enfant à développer ses propres capacités, à se constituer un arrière-plan de sécurité manquant souvent aux enfants que nous rencontrons. Anna Tardos le décrit comme « *un état où on laisse l'enfant seul, s'ouvrir à la réception de sensation extérieures et intérieures, expérimenter de façon autonome, sous le regard soutenant d'un adulte* » [121]. L'enfant enrichit son monde interne sur une modalité plus sécurisée et plus souple. Ces temps doivent être animés par un soignant qui connaît le bébé et un bébé qui connaît le soignant, pour favoriser la sécurité apportée par l'attention de l'adulte dans un climat chaleureux confiant, adapté au rythme du bébé. Ce dernier se montre alors plus actif, prend plus d'initiatives, est moins fragile, se crée des ressources. On pourrait parler de holding psychique. L'adulte apprend aussi à voir différemment ce bébé. Il prend le temps d'appréhender l'enfant sans intervenir, le voit développer ses ressources.

Ce concept d'autonomie libre nous paraît d'autant plus important qu'il existe une pathologie psychotique de la mère, car elle limite les initiatives de son bébé, supporte difficilement voire pas du tout les étapes d'individuation de son enfant. Très tôt Sidonie restreignait ses gestes, ses mouvements, comme si elle sentait déjà les possibles réprimandes de sa mère. Des temps réguliers d'autonomie libre l'accompagneront dans sa prise de conscience de ses propres capacités, servant de "base" lors d'interactions avec sa mère.

3. Aménager la distance mère-enfant par la médiatisation

Ce niveau de soin est majeur dans la prise en charge d'un bébé et de sa mère psychotique de par la relation d'objet psychotique. Il est délicat : nous nous devons de protéger l'enfant de la pathologie maternelle si nécessaire, tout en accompagnant cette dernière dans son accès à la maternalité, à la relation avec sa fille en ne faisant pas à sa place mais avec elle comme support identificatoire, en étant le moins persécuteur possible. La médiatisation se réalise pour travailler le lien. Cependant elle ne doit pas exister à tout prix, c'est-à-dire que si la relation est trop dure, trop pathogène, un relais est organisé produisant de la distance physique. Le lien

est alors travaillé individuellement de part et d'autre, l'absence de relation n'annulant pas le lien.

Vignette clinique n°6 (n)

Sidonie a 5 mois.

« Le papa et la maman sont présents. Madame avait oublié ma visite, elle ne l'avait pas noté. L'appartement est silencieux.

Les parents s'asseyent sur le canapé. Je me place sur une chaise à côté. Sidonie est en face du canapé, dans le transat, avec devant elle un portique sur lequel sont accrochés quelques objets qu'elle pourrait attraper. La conversation débute. Elle suit du regard en fonction des personnes qui parlent, sourit, gazouille. Elle met son pouce dans sa bouche, puis l'anneau en mousse du portique.

Madame est peu bavarde, me regarde, regarde sa fille et regarde dans le vide. Elle répond aux questions. Son visage est lisse. »

**Observation lors d'une visite à domicile,
par Sophie Bourdeau puéricultrice du Centre Nantais de la Parentalité.**

Dans cette observation l'arrivée de la puéricultrice anime l'appartement, permet à Mme H. qui était figée de porter quelques regards vers sa fille, après un échange avec la soignante. Sidonie en profite et gazouille en miroir.

3.1. “Médiatisation par le père”

Vignette clinique n°6 (o)

Cette séquence provient d'une observation de Sidonie, alors qu'elle est âgée de 1 mois, lors de la 3^{ème} Visite Médiatisée de la première semaine d'hospitalisation de Mme H. en psychiatrie adulte (le 24 janvier 2005). Cette visite médiatisée se déroule dans les locaux de l'unité mère-bébé.

« Arrivée de Sidonie avec son papa à 15 h. Mme H. est figée au départ, sur son lit, se déride petit à petit, se penche sur sa fille et l'embrasse à plusieurs reprises sur le front, en lui disant « ma chérie, ma petite fille ». Sidonie sourit dans son sommeil, sa maman se met à lui caresser le visage en insistant autour de la bouche et en appuyant aux commissures des lèvres, Sidonie se met à bouger. Je lui rappelle qu'il faut faire attention à ne pas la réveiller. Mme H. l'embrasse à nouveau, la caresse puis s'allonge au-travers du lit, le papa fait de même. Sidonie dort entre les deux, bras écartés. Ils se mettent à discuter tous les deux doucement. Mme H. est détendue, son visage est plus ou moins souriant, Sidonie se manifeste pour réclamer le biberon. Ils lui mettent sa tétine pour la faire patienter, sa maman ôte la tétine, Sidonie ouvre les yeux aussitôt et Mme H. essaie de la prendre. Le portage est inadéquat. Le papa lui donne des conseils, qu'elle refuse au départ, puis accepte. Sidonie penche la tête en arrière lorsque Mme H. approche le biberon. Sidonie se tourne vers son papa qui se met à lui parler tout en relevant sa tête, Sidonie accroche son

regard, en cours de biberon se tourne vers sa maman mutique qui se pinçait les lèvres au début, puis se détend, le visage est moins dur et plus souriant en fin de biberon. Sidonie ébauche des sourires et regarde son papa avant de regarder sa maman. »

Observation de Mme A. Retailleau, infirmière à l'unité mère-bébé de Nantes.

Nous avons évoqué la nécessaire présence du père comme tiers dans la relation avec son bébé et avec sa mère. Il nous semblait intéressant dans cette situation de parler de médiatisation par le père. Par sa place de compagnon, ses conseils sont acceptés par Mme H. Finalement il est la personne centrale de cette observation sur laquelle les deux autres protagonistes se raccrochent : Mme par les paroles de Mr, Sidonie en le cherchant du regard, amenant à la relation avec sa mère, à une relation triadique.

3.2. Médiatisation par les soignants

« Il est surprenant de voir à quel point même les petits enfants apprennent à jauger l'humeur des parents [...] Les enfants peuvent faire face aux oscillations d'humeur des parents en les observant bien, mais c'est l'impossibilité de prévoir les sautes d'humeur de certains parents qui peut être traumatique » (M. Lamour in [103]). En extrapolant sur les sautes d'humeur, nous dirons tous les comportements des parents qui changent de l'habitude.

Dans la relation mère-bébé, la médiatisation réalisée par un soignant apporte des bénéfices à la fois au bébé et à la mère. Pour le bébé dans un soutien dans la relation avec sa mère avec un rôle de protection physique et psychique, pour la mère un rôle de soutien, de renarcissement, d'accompagnement dans sa maternalité.

Ces rencontres médiatisées ont d'autant plus d'importance que le bébé ne vit pas avec ses parents, comme lors des placements. Le but n'est pas de réaliser une expertise parentale mais de permettre une protection de l'enfant et un maintien en relation parents-enfants en reconnaissant la filiation, de travailler le lien, élément indispensable au développement psychique, de faire participer les parents au projet de leur enfant, de respecter les dispositions juridiques ou administratives, de prévenir la répétition des situations de carence affective [127].

3.3. Espace médiatisé pour les soignants

Les suivis de la petite enfance, et surtout en périnatalité, comportent des échanges émotionnels intenses, avec de nombreuses projections. La prise de distance et l'élaboration sont indispensables pour prendre conscience des contre-attitudes induites par la situation (pathologie maternelle, trouble de la relation).

Lorsque la mère est psychotique le clivage fait qu'elle présente à chacun des soignants une facette de sa relation avec son enfant, avec un discours qui peut paraître adapté sauf qu'il concerne l'enfant imaginaire. En l'absence de lieu d'échange et d'élaboration entre professionnels, chacun aura une représentation différente de l'enfant en fonction de ce qu'il a pu observer, de son histoire, de son statut professionnel [77]. L'espace médiatisé donne du sens, nos (contre-)attitudes résultant souvent aussi des mécanismes psychopathologiques animant ces familles.

Il amène aussi à la construction d'une représentation de l'enfant dans un travail d'élaboration des différents aspects du bébé, crée une fonction contenant qui l'aide à se situer dans une position professionnelle. Le premier objectif des soignants est de donner des soins au bébé pour sa santé et son développement. Le soin est au début de la chaîne interactive entre le soignant et le bébé, alors que dans la relation maternelle les interactions ont comme objectif de vivre la relation mère-bébé, inspirée par ce que le bébé évoque à sa mère de son passé, de sa vie de couple... Pour résumer, entre une mère et son bébé la relation est en premier, les soins l'entretiennent. Pour le soignant le soin est en premier puis vient la relation avec la nécessité de maintenir en arrière-plan sa maternalité latente. « (Il est nécessaire que) *cette relation soignante particulière, ni meilleure ni moins bonne, mais différente d'une relation maternelle, soit suffisante pour alimenter le processus de développement du bébé pendant le temps où il est privé de mère, lui permette de vivre la séparation comme une distanciation, non comme une perte, et maintienne sa capacité à la retrouver, ou à faire connaissance avec une famille adoptive ou avec une famille d'accueil* » (M. David in [121]).

4. Les unités mère-bébé

Les unités d'hospitalisation mère-bébé (U.H.M.B.) sont nées en Grande-Bretagne après la deuxième Guerre Mondiale, suite au constat des effets nocifs de la séparation de l'enfant et de sa famille, après le Blitz de 1940 et l'évacuation des enfants en bas âge [128]. Quelques essais ponctuels en France ont été réalisés dès 1950, mais la première unité ouvre en 1979 à Créteil dans un service de pédopsychiatrie, avec 3 lits pour les mères et 3 berceaux. En 2005 on comptait en France 17 unités psychiatriques d'hospitalisation temps plein mère-bébé soit 60 lits environ, pour 792 600 naissances en 2004 en France (annexe n°5). Ce chiffre est cependant encore bien loin des 594 lits en psychiatrie qui seraient nécessaires pour répondre à la totalité des besoins selon la base du calcul de Oates cité dans [126]. Ce système n'existe pas dans le monde entier, c'est un moyen disponible.

L'indication principale est de travailler le lien mère-bébé avec comme objectifs de traiter les dysfonctionnements relationnels mère-bébé lors des pathologies maternelles du post-partum, prévenir les situations de rupture, de délaissement ou de maltraitances liées au dysfonctionnement majeur de la relation mère-bébé, soutenir la parentalité lors des situations fragiles. « *L'objectif n'est pas de maintenir à tout prix le bébé auprès de sa mère, mais plutôt de travailler sur les liens qui les unit, afin d'asseoir au mieux les fondements de leur relation à court et surtout à long terme* » N. Glangeaud-Freudenthal [128]. Soit la situation est prévisible quand la mère est déjà suivie en antepartum (pathologie dépressive, psychose chronique comme Mme H.), soit on intervient suite à des inquiétudes en post-partum (troubles anxieux envahissants, dépression post-natale majeure, troubles interactifs). Les U.H.M.B permettent aussi une continuité des soins, en se donnant du temps pour évaluer la situation à la suite de l'accouchement. Cependant si l'état de la mère ne permet pas de travailler, on réalise une hospitalisation de la mère en psychiatrie adulte couplée à des visites médiatisées. Les hospitalisations sont précédées d'une consultation de pré admission où on situe la place du père, le réseau familial élargi, la disponibilité des intervenants médicosociaux, la pathologie maternelle, la place de l'enfant dans ses représentations, sa capacité à tolérer un tiers. Ensuite sont posés des objectifs d'hospitalisation afin de cibler l'indication pour assurer les soins les plus adaptés à la dyade avec comme pré requis la possibilité de travailler les liens mère-bébé. Soin ? Prévention ? Protection ? Cette offre assure un cadre contenant, qui agit sur les trois niveaux de soins : soins primaires de maternage de la mère et du bébé avec restauration des enveloppes psychiques, soutien des interactions, soins pour la mère. Une quatrième dimension existe surtout pour les enfants qui seront séparés de leur mère à son issue, celle de l'inscription dans l'histoire de l'enfant d'une période pendant laquelle il a vécu avec sa mère.

L'unité mère-bébé de Nantes ou HOME a été créée en 2003. Elle possède trois lits pour les mères et trois berceaux, cinq places en hôpital de jour. Elle est ouverte du lundi matin au vendredi soir. Son équipe est pluridisciplinaire. Les **infirmières** réalisent des références par deux, avec un roulement sur les horaires d'ouverture. Elles travaillent sur le modèle de l'observation selon E. Bick. La **puéricultrice** est présente sur des horaires de journée. Elle apporte un regard plus médical sur les bébés, suit la prise de poids, les vaccinations, les pathologies infantiles, apporte des conseils sur l'alimentation, fait le lien avec la pédiatrie et anime l'atelier bébé avec la **psychomotricienne**. Cette dernière cote l'échelle de Brazelton à la maternité ou plus souvent à l'arrivée dans le service, réalise des bilans ou des suivis, anime un "atelier massage" avec une infirmière ainsi qu'un "atelier bébé", ces deux ateliers ayant pour but d'amener progressivement la mère à la reconnaissance de son bébé et de soutenir

l'individuation de ce dernier. Un atelier de balnéothérapie existe aussi avec la psychomotricienne et la sage-femme. La **sage-femme** voit les femmes enceintes et après la naissance, elle fait le lien avec l'anténatal autant pour la maman qu'avec les partenaires de cette période (maternité, sages-femmes libérales...), coanime l'atelier de balnéothérapie, et propose des séances de relaxation aux mamans. Une **psychologue** réalise les psychothérapies mère-bébé, sur l'entre-deux, et des supervisions. Une **pédopsychiatre** n'exerçant pas dans l'unité vient toutes les semaines pour la reprise des observations infirmières d'une dyade par séance. Un **psychiatre attaché** au service suit la maman si nécessaire et fait le lien avec le psychiatre si elle en avait un, ou l'oriente si besoin vers un suivi après l'hospitalisation. Les **infirmières de secteur de psychiatrie adulte référentes** de la patiente participent aux médiations thérapeutiques, l'accompagnant avant et après. La **pédopsychiatre** de l'unité organise les soins (consultation de pré admission, entretiens réguliers, projet de soin...), anime les réunions cliniques.

Chaque unité mère-bébé a son fonctionnement propre. En ce qui concerne les grilles d'évaluation clinique, l'échelle de Brazelton (utilisée dans le service) ou l'échelle de la grille des interactions mère-nourrisson de l'unité-mère-bébé de Créteil par exemple (annexe n°6), aident au repérage des dysfonctionnements dans la relation mère-bébé, en nous rendant notamment attentifs à certains signes. Elles peuvent aussi servir de support aux réunions cliniques, aux synthèses pour nommer, discuter, argumenter, et à la recherche [129].

L'hospitalisation d'une mère schizophrène avec son bébé amène le même type de réaction qu'à l'annonce de la grossesse : « *autant les séparer tout de suite...laissons les, l'enfant est positif pour la mère* ». P.C. Racamier en 1979 écrivait déjà qu'il est « *nécessaire et très efficace d'agir au niveau de la relation de la mère avec son enfant [...] il faut aménager avec soin, dans ses aspects extérieurs et intérieurs, la relation de la mère avec son enfant. Pour ce faire, l'enfant doit être là* » [130]. En effet comme on avait vu dans la deuxième partie, certains éléments cliniques de la mère ne se révèlent qu'en présence de l'enfant, d'où la présence si possible de ce dernier, même pour évaluer l'état maternel. « *L'introduction de l'enfant concret dans l'existence de la malade permet de ses troubles une observation beaucoup plus rigoureuse et approfondie. On ne risque pas de laisser dans l'ombre des éléments latents, plus ou moins, de la relation à l'enfant, qui restent cachés ou dont l'exacte portée ne peut être appréciée quand l'enfant est séparé de la mère* » P.C. Racamier [130]. De plus la séparation de la mère et de son bébé nourrit ses angoisses de mauvaise mère, et est nuisible pour les deux partenaires. L'hospitalisation sert autant à aider une mère à trouver ou retrouver des relations harmonieuses et sécurisantes avec son bébé, qu'à préparer un placement dans de bonnes conditions [126].

Pour Mme H. et Sidonie, l'indication de l'hospitalisation à temps plein s'est posée suite aux inquiétudes à la maternité. Etant donnés les éléments positifs de la consultation prénatale, il nous semblait possible de travailler sur les liens mère-bébé, donc nous voulions nous donner le temps d'évaluer la situation. Mr et Mme H. ont accepté, les soins ont commencé mais trois semaines après l'admission, l'état psychique de Mme H. a nécessité son hospitalisation en psychiatrie adulte. Des visites médiatisées ont été mises en place dès que possible pour continuer les soins par petites touches sur des temps courts, une fois par semaine, et surtout pour ne pas couper brutalement le lien entre Sidonie et sa mère. Une deuxième admission a été réalisée lorsque Sidonie a été âgée de 3 mois et demi, après un travail ambulatoire, la mère étant au départ réticente à une nouvelle hospitalisation. Les deux mois d'hospitalisation à temps plein (en semaine, d'avril à mai 2005) ont permis une "intensification" des soins, une meilleure connaissance de la famille par l'équipe (et réciproquement) et du style interactif de la dyade, posant les jalons d'un travail en hôpital de jour.

L'indication d'une hospitalisation mère-bébé n'est donc pas systématique, d'ailleurs il n'en existe pas partout. Elle permet de ne pas séparer brutalement une mère psychiquement malade de son nourrisson tout en assurant à ce dernier des conditions d'un bon développement, de prendre le temps d'évaluer la qualité de la relation, mais aussi de recueillir des données pour pouvoir prendre les décisions nécessaires tout en débutant un travail sur l'interaction, et enfin d'ajuster de façon souple la distance mère-bébé. Elle est un outil parmi d'autres qui ne peut se concevoir que dans le cadre d'un travail en réseau multidisciplinaire avec les services de maternité, de pédiatrie, les Protection Maternelles Infantiles (P.M.I.) et les travailleurs sociaux, en amont et en aval de la naissance de l'enfant, d'autant qu'elle s'inscrit dans un projet de soin global en articulation avec d'autres dispositifs de soins.

Nous avons déjà vu l'importance d'un environnement stable et fiable. Tout changement brutal dans la vie d'un bébé est vécu comme désorganisateur. Cette stabilité permet à l'enfant d'enregistrer ses expériences vécues, de les accumuler pour ensuite anticiper, d'amener à son développement cognitif. Notre rôle est de l'assurer à l'enfant par différentes manières si les parents ne sont pas capables de la lui apporter, en gardant à l'esprit qu'en aidant l'enfant on aide les parents, que même en cas de dysparentalité le lien affectif existe.

5. Assurer un environnement stable et fiable

5.1. Les autres modes de garde

Si on sent que la vie à temps complet du bébé avec sa mère est trop compliquée, qu'il n'existe pas d'indication à l'hospitalisation mère-bébé ou que la famille refuse, des solutions de mode de garde doivent être recherchés le plus rapidement possible comme une crèche, une assistante maternelle... L'expérience montre que certaines mamans ont comme un seuil de tolérance à leur enfant. Une organisation où l'enfant est sur des temps de la semaine stimulé et objet d'attention (à la crèche par exemple), est quelques fois rapidement profitable à la fois pour l'enfant et la mère qui en situation de vase clos amènerait à des décompensations, l'enfant devenant persécuteur. Ces modes de garde permettent de préserver des bons moments.

Pour Sidonie, en accord avec les parents, le temps consacré à la prise en charge en hôpital de jour a été progressivement remplacé par un accueil en crèche, le tout complété par une visite à domicile et une séance de psychomotricité par semaine. Devant les interactions mère-bébé teintées de la pathologie maternelle, marquées d'un vide et d'un arrêt du temps, et vu l'appétit de Sidonie pour l'échange avec autrui, il nous semblait indispensable qu'elle puisse profiter d'activités nécessaires à son développement. En grandissant, les besoins des enfants sont en effet plus importants dans le domaine de l'échange, notamment avec leurs pairs, d'où aussi l'intérêt de ces structures. Cependant le personnel des crèches ou haltes-garderies est souvent mis à mal par ces situations, à la fois vis-à-vis de la pathologie maternelle et de l'enfant qui reproduit avec les auxiliaires le style interactif qu'il entretient avec sa mère. Par conséquent des rencontres régulières étaient organisées entre notre équipe et le personnel de la crèche. Des psychologues commencent ainsi à intervenir sur place pour des temps d'observation, de supervision. Un projet de crèche thérapeutique est d'ailleurs en élaboration à Nantes.

5.2. Le placement

Le placement est à la fois un moyen de protéger l'enfant et un lieu de souffrance. Nous savons que les interactions précoces sont structurantes pour l'enfant, qu'il construit des liens d'attachement, d'où l'impact des séparations précoces.

N. Glangeaud-Freudentahl et le MBU-SMF working group rapportent une étude réalisée auprès de huit unités françaises et trois unités belges en 1999 et 2000, après l'analyse de 176 dossiers d'hospitalisation conjointes. Le dossier dérivait du Marcé Checklist anglais et concernait les mères et leur enfant de moins de un an, pour une admission à temps plein de plus de cinq jours. Sur les 176 dossiers, on en retrouve 44 de mère souffrant de schizophrénie et autres troubles délirants chroniques. Parmi ceux-ci, 45% des enfants sont restés avec leur

mère sans signalement, donc 55% ont faits l'objet d'un signalement. Cette étude ne précise pas le pourcentage d'enfants qui ont été placés mais nous pouvons supposer que ce dernier est important [128] (et annexe n°7).

M. Berger a beaucoup réfléchi à la notion de placement [131]. Il écrit «avec l'impossibilité de renoncer à l'image idéalisée des parents [...] on peut constater la présence d'éléments dépressifs mélancoliques chez les enfants qui souffrent intensément de la séparation, ainsi que chez leurs parents [...]. Le sujet s'accuse d'être à l'origine de ce qui le déprime [...] (amenant à une) situation de passivité forcée par rapport aux événements extérieurs, [...] (jusqu'à) mettre en place des fonctionnements spécifiques tel un besoin forcené de maîtrise dans la relation à autrui ou une soumission qui les empêche d'émettre la moindre opinion ». M. David a étudié les réactions que présentent les nourrissons et les jeunes enfants lorsqu'ils sont séparés de leur mère psychotique [123]. Elle note un attachement marqué par un besoin exacerbé de maîtrise et d'emprise, des crises d'angoisses déclenchées par les changements de lieu. Ils se défendent en hurlant, avec des cris de tonalité particulière, pour écarter autrui. Leur développement est lent alors qu'ils sont intelligents. Ces enfants sont attrayants, vifs. Leur fonctionnement psychique est souvent clivé avec une partie adaptée à la réalité et une autre qui transpire des événements anciens pouvant resurgir avec la violence des sentiments antérieurs.

Le placement est d'autant plus complexe que des études de suivi d'enfants placés précocement montrent qu'ils reproduisent avec leur substitut maternel les attitudes qu'ils avaient avec leur mère, du fait qu'ils ont intégré très tôt des schèmes interactifs, même s'ils étaient pathologiques et que le placement ne résout pas la situation. L'enfant rejoue dans sa famille d'accueil ses relations primitives « tantôt provoquant la mère d'accueil à être partie prenante d'une relation de dépendance primaire de type fusionnel, ou/et tyrannique, qui finit toujours par devenir intolérable, tantôt l'amenant à s'en défendre et à être entraînée dans des rapports de force de plus en plus coercitifs ou punitifs » [123]. Il est important que l'enfant puisse élaborer sa relation précoce et se construire non pas en rupture et en perte mais en continuité. « La séparation est différente du deuil car elle n'apparaît pas comme définitive et irréversible. La perte n'a pas la même réalité massive. La survie de l'objet séparé entretient l'espoir de retrouvailles, de reconquête » (M. Berger [131]).

Cependant nous ne devons pas tomber dans l'excès inverse, à savoir une idéologie du lien. « Ce qui compte pour un bébé, dans l'état de vulnérabilité où il se trouve pendant ses premiers mois, c'est davantage la capacité de son environnement à s'adapter à lui que sa nature biologique[...]d'une manière synthétique, on peut dire que l'idéologie du lien prend à

l'envers le problème du lien : penser qu'un enfant doit absolument vivre avec ses parents, c'est ne pas réaliser que le seul lien utilisable pour le psychisme est un lien de pensée » (M. Berger [131]).

Ces situations génèrent des ambivalences entre notre identification à l'enfant et aux parents mais la séparation et les rencontres ultérieures avec les parents doivent être réfléchies selon les besoins psychique de l'enfant. Tout en gardant bien à l'esprit la réalité du fait que la séparation protège l'enfant, c'est tout, qu'elle ne suffit pas à traiter ses difficultés, et que pour pouvoir se séparer de ses parents l'enfant doit se construire une présence satisfaisante d'eux.

La question s'est évidemment posée pour Sidonie, soit au sein de l'équipe lors des décompensations successives de sa mère, soit parmi les intervenants extérieurs, dans une identification à cette petite fille. Il n'existe pas de critères d'évaluation sûrs pour savoir quelle décision serait la plus profitable. Nous nous basons alors plus sur le concept "d'entourage suffisamment bon". Oui Mme H. a décompensé à trois semaines de vie de Sidonie avec une hospitalisation de 1 mois, oui elle a refusé les soins à cette sortie d'hospitalisation jusqu'à une demande d'aide 1 mois après, oui les interactions avec sa fille sont chaotiques avec peu de reconnaissance de l'enfant réel. Mais il existe des échanges de qualité entre Mme H. et Sidonie, un accès à la maternalité qui se réalise certes partiellement mais progressivement en appui sur ses référents. Sidonie se développe sans nous montrer de signes d'inquiétudes majeurs, et le père est là, ressource pour Sidonie. Nous avons donc décidé d'étayer cette famille, avec par contre des garde-fous qu'ont été le réseau de soin (la psychiatrie adulte, la P.M.I., les visites à domiciles, l'unité d'hospitalisation mère-bébé, la crèche).

Cependant un premier signalement judiciaire est réalisé en mars 2005 (Sidonie était âgée de 3 mois) pour garantir un cadre de soin avec la mise en place d'une mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.), rappelant aux parents la fragilité de la situation. Finalement la relation du couple a commencé à se déliter, nous rendant moins sécurisés par rapport à cette diminution du regard protecteur du père sur la dyade. Nous avons commencé à préparer un placement éventuel avec les parents, les grands-parents. Des signes annonciateurs d'une nouvelle décompensation de Mme sans qu'elle accepte une modification de sa prise en charge proposée par son psychiatre, puis un geste de violence dirigé contre Sidonie lors d'une séance de psychomotricité nous ont amené à rédiger en février 2006 un deuxième signalement judiciaire en demandant un placement en famille d'accueil. Sidonie a été hébergée chez ses grands-parents maternels en attendant le placement en famille d'accueil en mai 2006 avec une médiation thérapeutique tous les 15 jours avec sa mère, des temps chez le père et les grands-

parents qui correspondent depuis le dernier jugement (septembre 2007) à un week-end sur deux entre eux. Mr. H. a demandé à récupérer la garde de sa fille.

En cas de décision de placement il faut garder le souci de l'environnement stable (essayer d'éviter les changements itératifs de foyers, famille d'accueil...), créer une continuité, maintenir une inscription symbolique des événements, traiter les liens avec les différentes personnes gravitant autour de l'enfant. Pour ce faire M. Lamour conseille de réaliser un holding de la famille d'accueil, des consultations pour l'enfant et ses deux familles, des médiations thérapeutiques, un accompagnement de l'enfant sur ses différents lieux de vie [103].

6. Le travail en réseau ou le maillage institutionnel bientraitant

Le travail en réseau est nécessaire pour articuler les projets de soins mais il est aussi souvent générateur de destruction, surtout que dans ces situations plusieurs personnes sont concernées (mère, père, enfant, fratrie...) avec des pathologies quelques fois propres, comme dans cette réflexion la schizophrénie chez la mère. Chaque institution présente un projet adapté à son exercice, à ses identifications (au bébé, à la mère), alors qu'une prise de recul par rapport à la situation est souhaitable pour organiser une cohérence des soins à court, moyen et long terme.

Pour schématiser, et ceci est inhérent à leur fonction, les intervenants de la psychiatrie adulte s'occupent préférentiellement de la mère. Ils ont accès à l'enfant imaginaire, présenté alors comme un enfant réparateur, ce qui les pousse régulièrement à une banalisation des troubles de la relation. Les pédiatres ont eux davantage un accès direct au bébé dans sa réalité, qui est souvent en bonne santé physique. Ils se situent plus dans une logique de protection lors de l'existence danger. Les équipes de périnatalité sont souvent happées par la pathologie maternelle riche, en contrepoint d'un bébé très sage qu'on oublie. La présence dans la continuité des soins de façon attentive nous apprend à connaître cette dyade et son style interactif dans toute son originalité. On repère ainsi plus objectivement des petits signes chez le bébé comme une hypervigilance associée à des endormissements brutaux ou des manifestations d'auto-apaisement, chez la mère la variation de son état dans la journée la semaine, et pour les deux la non-concordance des réponses à tous les niveaux. Cette appréhension de la situation est encore différente de celle des intervenants à domicile où la situation paraît généralement plus inquiétante. Ces différents points de vue ne sont pas antinomiques mais au contraire se doivent d'être confrontés. Ils rendent compte de la richesse et de la complexité de ces situations.

Le réseau procure une articulation des soins assurant leur qualité et leur continuité, tout en créant une enveloppe contenant pour ces familles. La qualité des liens entre les intervenants étant dans l'idéal un « *support majeur pour qu'analogiquement les parents renforcent leur lien avec leur bébé* » Le Nestour [132].

VIII. LE DEVENIR DES ENFANTS DE PARENTS PSYCHOTIQUES

De nombreuses études ont été réalisées sur le développement des enfants de parents psychotiques. Cependant la diversité des situations de vie de ces enfants de par le polymorphisme des formes cliniques des parents, les modalités interactives réelles et/ou fantasmées, leur naissance à des moments différents au cours de la vie de la maladie etc. compliquent une tentative de systématisation de leur devenir [133].

En dehors de la question de l'héritabilité traitée précédemment, abordons deux concepts.

1. La pandysmaturation

La pandysmaturation est un concept créé par Fish en 1992, suite à une étude d'un groupe de 12 enfants de mère schizophrène comparé à un groupe d'enfants de milieux défavorisés sur 25 ans [134]. Elle est corrélée au fait d'avoir une mère schizophrène.

La pandysmaturation consiste en la présence chez l'enfant de moins de deux ans de troubles tonico-posturaux, de troubles de la coordination visuo-motrice, et d'un retard de croissance. Ces troubles sont présents transitoirement, produisant un aspect chaotique du développement associant des retards et des reprises rapides. Les enfants ayant présenté une pandysmaturation au nombre de 7, développaient des troubles moteurs et cognitifs vers l'âge de 10 ans. Leur évolution à l'âge adulte était également plus péjorative que celle des autres enfants, avec l'existence chez 4 à 6 d'entre eux (selon l'évaluateur) d'un trouble schizotypique dont une schizophrénie.

2. L'hypermaturation

La question de l'hypermaturation a été traitée par Pierre Bourdier dès 1972, notamment suite à une étude clinique descriptive longitudinale portant sur une centaine d'enfants de mère schizophrène qu'il a suivis à la guidance infantile de l'hôpital Sainte-Anne à Paris [133]. Très

tôt l'enfant met en place des mécanismes adaptatifs que nous avons pu décrire comme l'hypervigilance, l'adaptation du bébé par rapport à sa mère et non l'inverse. P. Bourdier distingue dans l'évolution de ces enfants deux cas de figure : *« l'un avec une brillante réussite scolaire, un hyperinvestissement des fonctions intellectuelles et du langage, mais des effondrements soudains ; l'autre, plus résistant, marqué par le calme, le retrait, la limitation des affects, mais avec une scolarité plus modeste. »* Leur présentation est généralement adultomorphe ; ils ont un air sérieux et grave, se montrent plutôt autonomes pour leur âge. Si on leur fait subir des tests, les enfants qui sont le plus hypermatures obtiennent de meilleurs résultats aux épreuves d'intelligence, mais ont un profil fragile dans les épreuves projectives. Les autres ont une présentation moins perturbée, des possibilités d'adaptation plus variée, et un profil plus harmonieux au projectif. Selon P. Bourdier l'hypermaturation masquerait un clivage du Moi avec un faux-self fréquent, secondaire à une surestimation narcissique de l'objet par la mère, qui amène l'enfant à un sentiment d'omnipotence. Cette relation *« n'autorise pas l'enfant à faire le deuil du narcissisme par des identifications progressives »* sauf si l'enfant s'identifie massivement à un substitut comme un autre membre de la famille, un infirmier, un éducateur. L'enfant aurait la possibilité d'utiliser de façon active les apports de son environnement fiable pour se constituer une sécurité interne. Les modalités évolutives des enfants de parents psychotiques dépendent ainsi pour certains davantage des interactions familiales mises en place que du rapport particulier avec la pathologie de chacun des parents [135] même si nous avons vu que la pathologie d'un parent modifie considérablement ces interactions familiales.

Ceci dit le concept d'hypermaturation n'est pas spécifique aux enfants de parents psychotiques. Ainsi D.W. Winnicott en parle dès 1949 dans un article L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma [5]. *« Certains types de carence de la part de la mère, en particulier un comportement désordonné, produisent une hyperactivité du fonctionnement mental. Dans ce cas cette hypercroissance de la fonction mentale, en réaction à des soins maternels désordonnés, peut faire apparaître une opposition entre l'esprit et le psyché-soma. En effet, par réaction à cet état anormal, la fonction mentale de l'individu commence à prendre la relève et à organiser les soins du psyché-soma, alors qu'à l'opposé dans la santé, l'intellect n'usurpe pas la fonction de l'environnement, mais facilite la compréhension et se sert éventuellement de sa carence relative. [...] Il s'agit d'un état des plus inconfortables, surtout parce que la psyché est séduite par l'esprit dans lequel elle se fond et rompt sa relation intime primitive avec le soma ».*

3. Et Sidonie ?

Nous nous appuyerons sur un rendez-vous de Sidonie et de ses parents avec la pédopsychiatre du service, rendez-vous qui s'est tenu début 2008 pour faire le point sur l'évolution de Sidonie âgée alors de 3 ans et 1 mois ainsi que sur sa prise en charge.

Sidonie vit toujours en famille d'accueil, passe ses week-ends chez ses grands-parents maternels ou son père. Sa mère a un droit de visite sur ces temps. Elle est scolarisée, participe à un groupe thérapeutique une fois par semaine avec un autre enfant au sein de la partie ambulatoire du service. Mme H., après de nombreuses hospitalisations jusqu'en février 2007, est actuellement suivie en hôpital de jour de son secteur trois fois par semaine.

Sidonie est décrite comme une petite fille harmonieuse avec un retard de poids et de taille qui reste stable depuis la naissance. Elle a acquis la propreté. Sur le plan du langage elle prononce des phrases simples avec des mots élaborés, d'une voix de plus en plus mélodique. Il persiste une hypervigilance par rapport aux personnes qu'elle scrute, comme pour savoir ce qui va se passer, et aux changements tout en étant dans le contact. Il est aussi noté la mise en place de défenses d'allure obsessionnelle : elle épelle les mots, classe, série de façon systématique et peu souple selon la couleur des objets. Par exemple le jeu de la tour de cubes est transformé en association par couleurs, avec un surinvestissement de l'espace cognitif que la mère admire et encourage en lui offrant des jeux éducatifs quelquefois trop compliqués pour son âge. Lors d'un bilan psychomoteur réalisé à l'âge de 30 mois, la psychomotricienne notait un développement psychomoteur hétérogène avec un écart entre le développement posturo-locomoteur coté à 19 mois et la coordination visuomanuelle et la communication cotées à 29 mois, ainsi qu'une hypotonie globale de fond.

CONCLUSION

Afin d'ouvrir notre réflexion sur l'importance du corps dans l'émergence de la pensée, nous avons amené le matériel clinique d'une situation mettant à l'épreuve à la fois les éléments théoriques décrits précédemment et nos propres ressentis, celle d'un bébé avec sa mère schizophrène. Notre but n'était pas une généralisation du développement psychique d'un bébé vivant des éprouvés corporels inhérents à la pathologie de sa mère, mais plutôt un éclairage à travers une situation donnée, avec une optique de soins donnée.

Vous avez ainsi pénétré dans le monde de Sidonie, découvert ses signes d'alarme corporels nous indiquant une non-adéquation de ce qu'elle perçoit par et dans son corps avec ses besoins pour sa construction psychique. Ainsi elle se réfugie dans le sommeil, notamment lors des biberons, tout en développant une hypervigilance lors des périodes d'éveil, évite la plupart du temps le contact oculaire avec sa mère. Puis le soignant remarque son hypotonie,

un retard psychomoteur avec une difficulté à investir le bas du corps. Du côté de la maman, l'état psychique est variable ; elle a du mal à percevoir les besoins de sa fille. Ponctuellement nous observons des moments de rapprochés, avec des échanges entre les deux partenaires, nourrissant d'une certaine manière Sidonie. Mr. H. est présent, s'occupe de sa fille d'une façon adéquate mais est mis en porte-à-faux par rapport à son épouse lors des décompensations où cette dernière est alors dans l'impossibilité d'assurer sa fonction maternelle.

Le soignant prend alors un rôle important, rôle à multiple facettes. L'offre thérapeutique est multiple, s'adapte de façon souple à la situation, mais un cadre de soin doit être garanti pour assurer une continuité dans la prise en charge en miroir du besoin de stabilité de l'enfant en devenir. Un signalement judiciaire a ainsi dû être réalisé à cet effet. Sidonie a bénéficié d'une hospitalisation à temps plein puis de jour, de visites à domicile, de séances de psychomotricité, d'atelier massage, de séances d'autonomie libre, d'observations... La sécurité de l'enfant est aussi un élément important à maintenir d'où la nécessité quelquefois d'un placement, plus ou moins définitif (comme pour Sidonie). Placement dont nous devons garder le soin de lui donner une valeur thérapeutique en travaillant le lien avec les parents, et d'éviter les ruptures successives dans une continuité de lieu...

Sidonie est maintenant une petite fille de 3 ans et 9 mois, attachante, au développement hétérogène avec un retard posturo-locomoteur qui persiste. Des défenses de type obsessionnelles sont présentes mais tout ceci n'entrave pas son développement psychique. Son début de scolarisation ne pose pas de problèmes particuliers.

Il est important de travailler avec respect et empathie avec ces mères malades, même si la question de la maternité des femmes schizophrènes n'est pas résolue. Nous devons repérer leurs compétences ou incompétences, travailler avec elles et leur conjoint sur leur parentalité. Cette position ouverte permet d'approcher chaque triade mère-père-enfant (ou polydyade en incluant la fratrie ou les grands-parents...) dans son originalité, de respecter les liens existants entre ces différents partenaires pour accompagner au mieux l'enfant dans la mise en place des noyaux de sa psyché puis de son développement, son corps restant pour nous un repère essentiel.

CONCLUSION

Notre intérêt pour les conditions d'émergence de la pensée chez le bébé des premiers mois nous a confronté à une abondance de données. Nous n'avons pas la prétention de prononcer des vérités absolues sur le début de la vie psychique car le processus nous échappe de fait.

Nous avons tenté dans un premier temps de préciser cette notion à travers une revue de la littérature, à partir de conceptions psychopathologiques diverses, avec comme fil d'Ariane les notions d'ancrage corporel et interactif. Pour cela nous nous sommes décentrés d'une position adultocentriste, pour approcher la "planète bébé", composée **d'éprouvés sensorimoteurs** formant une figure de fond, qui prendront dans un deuxième temps la valeur d'indice puis de signe mais constituant déjà une forme de pensée, une "**pensée archaïque**". Pour expliciter nos propos, disons schématiquement que le nouveau-né (le fœtus dans une autre mesure) perçoit un ensemble de flux de façon **amodale** dans une **conscience temporelle propre**. Progressivement, à partir d'un sentiment de **sécurité** apporté par son partenaire privilégié, il va pouvoir organiser ses perceptions par le biais de mécanismes cognitifs précoces, son **corps** étant le lieu de ses premières intégrations et mises en scène avant l'apparition de la capacité d'abstraction, de représentation. Cette mutation perceptive s'effectue dans un va et vient avec l'autre (son environnement dans la perspective développementale), dans un **échange** corporel et émotionnel entre les partenaires. Toute la vie durant, les passerelles entre les niveaux de sensations physiques et d'impressions sensorielles, et la représentation symbolique ne cesseront d'être utilisées par le sujet lambda.

Au niveau "microscopique", nous avons vu que les récepteurs tactiles étaient les premiers à accéder à maturité, donc à transmettre des informations. Les premières données sensorielles à traiter seraient originaires de ces récepteurs. Dans cette optique D. Anzieu et R. Prat notamment, avancent l'idée que « *les caractéristiques du toucher vont être le fil rouge de tout le développement psychique* » (R. Prat [9]). La capacité simultanée de **toucher** et d'être touché offre un premier modèle binaire de traitement des données dont dériveraient toutes les autres réflexivités sensorielles (voir/se voir, sentir/se sentir, entendre/ s'entendre...), jusqu'à la capacité de se penser pensant. La prise en considération de l'autre, la réflexivité de la psyché s'enracinerait dans cette modalité du toucher.

Dans la vraie vie, si nous pouvons nous exprimer ainsi, cette première étape ne se déroule pas toujours aussi tranquillement. Dans l'optique de l'épigénèse interactionnelle, les différents partenaires sont plus ou moins concernés. Pour simplifier nous avons présenté ce qui du côté du bébé entraînait potentiellement des accrocs dans la réception, le traitement des flux sensoriels, dans la nécessaire collaboration avec le donneur de soin. Ainsi des angoisses primitives massives, le tempérament du bébé, un déficit de l'équipement neurophysiologique rentrent en piste. Du côté de la maman, ces interactions comportementales et affectives sont colorées par les interactions fantasmatiques, la mettant quelquefois en grande difficulté pour appréhender ce petit être, jusqu'aux pathologies psychiatriques comme la dépression ou les psychoses.

En cas de non-adéquation de cette "équipe sur la ligne de départ" de la construction de la psyché, le bébé même sans "appareil psychique organisé" au sens classique du terme souffre, **tension émotionnelle** précoce sur laquelle nous nous posons rarement. Elle est diffuse, génère un malaise chez l'adulte qui a du mal à mettre des mots dessus. Il est indispensable de la repérer puisqu'elle entrave par principe le couplage des sensations entre elles, puis des sensations et des représentations. Si le bébé est dans l'incapacité de nous exprimer cette souffrance, nous nous référons alors à son corps qui en devient l'expression. Des **signes cliniques de détresse** ont été repérés mais nous nous situons encore au début de la clinique du tout petit et des évolutions sont à attendre pour les prochaines années.

Puis Sidonie et sa mère nous ont aidés à continuer cette réflexion, à la confronter à notre pratique en pédopsychiatrie. Vous avez eu l'occasion de pénétrer dans leur système familial, et notamment triadique, celui d'un bébé, de sa mère schizophrène et de son père.

La schizophrénie maternelle soulève toujours autant de polémiques à l'image de nos fantasmes, même si cette situation vous a démontré la complexité de leur accompagnement. Parallèlement à cela nous avons devant nous, grâce au dispositif mis en place, une petite fille de trois ans et 9 mois qui évolue. Ses premiers moments de « *cosmonaute sans sa combinaison spatiale* » (R. Prat, 2008) sont marqués par des turbulences, des trous d'air associés à un lien avec le vaisseau-mère (elle est l'objet d'un investissement narcissique par sa mère, vit quelques moments d'interactions adéquats), à un lien avec un vaisseau-père qui vient les ravitailler, voire abrite notre cosmonaute. Par ailleurs au centre de contrôle, différents professionnels veillent au respect du carnet de vol, surveillent les paramètres des capteurs présents sur notre sujet de l'espace.

Nous avons présenté une situation avec une optique de prise en charge liée à nos moyens, prise en charge qui de toute façon doit être taillée sur mesure pour l'enfant et sa famille, sans

hésiter à y apporter des corrections en fonction de l'évolution, avec comme objectif de fournir à l'enfant les conditions les plus favorables possibles à son développement psychique, notamment concernant les informations sensorimotrices, émotionnelles. « *Sachons rester humbles et conscients de nos limites et incertitudes, sachons aussi maîtriser notre fureur d'intervenir et consacrer davantage nos énergies à tenter de comprendre ce qui se passe qu'à nous comporter en démiurges irresponsables* » Hochman [136].

L'effet loupe de cette réflexion sur l'importance du corps dans la mise en place de la psyché nous fournit un axe de travail où le bébé est pris en compte par une clinique encore à préciser, des dispositifs à inventer, sans attendre que s'installe une psychopathologie. Encore beaucoup trop d'enfants arrivent dans nos filières de soins une fois une symptomatologie bruyante enracinée, alors que rétrospectivement nous retrouvons des signes d'alarme dans les premiers mois de vie.

Dans le cas d'un bébé, d'un enfant de mère (parent) schizophrène, en dehors de l'impact de la pathologie maternelle (ou paternelle) sur le développement psychique de l'enfant, nous pouvons aussi nous poser la question de ce que le bébé puis l'enfant en perçoit ? Quel **sens** donne-t-il à cette symptomatologie parentale avec laquelle il s'est construit ? Quelle place le fait d'être fils (fille) de ... prend-il dans le développement de la psyché ? Comment va-t-il gérer le facteur **identitaire** d'être " l'enfant de parent malade mental " ?

De multiples blogs sont animés par des enfants de parent(s) schizophrène(s), où ils décrivent leur souffrance aux différentes étapes de leur vie, et nous interrogent sur notre prise en compte de ce facteur. En effet il est capital, comme nous l'avons abordé, de mieux connaître ces débuts corporels à la vie psychique dans un esprit de prévention pour accompagner et soutenir au mieux ces familles, étant donné que ce moment est fondateur pour la mise en place ultérieure des processus psychiques. Cependant le développement cognitivo-affectif de l'enfant ne se réduit pas à la qualité de ces premiers temps d'éprouvés. Si nous n'incluons pas cette donnée, l'enfant de parent schizophrène subira en grandissant d'autres souffrances, comme la honte, la stigmatisation, la solitude, etc. qui altéreront ce cheminement. La question dépasse évidemment nos responsabilités de psychiatre et engage l'accueil par la société de ces enfants "différents". Cependant nous avons à notre niveau une réflexion à approfondir. Nous terminerons dans ce sens par une dernière vignette clinique.

Vignette clinique n° 7

Je rencontre Julie pour la première fois dans le service de pédiatrie du C.H.U. de Nantes. Elle est alors âgée de 13 ans et demi. Julie a été admise la veille, suite à une intoxication médicamenteuse volontaire à la risperidone.

La première image que je garde est une touffe de cheveux d'un noir ébène dépassant de son drap blanc dans lequel elle s'est emmitouflée en position fœtale, toute habillée, et d'où émergent des grognements à mes tentatives de prise de contact.

Sa mère souffre de schizophrénie, avec des difficultés pour l'équipe adulte de la suivre d'où des hospitalisations régulières sous contrainte, en hospitalisation à la demande d'un tiers, voire en hospitalisation d'office.

Julie ne connaît pas son père, qui ne l'a pas reconnue, et n'a pas de liens avec les autres membres de sa famille. Elle est placée depuis la naissance, avec une famille d'accueil constante depuis la petite enfance chez qui elle passe uniquement des week-ends depuis quelques années, vivant le reste du temps en foyer devant les troubles du comportement nombreux. Sa scolarité est chaotique. Elle est suivie régulièrement par le pédopsychiatre de son secteur, le service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie pour des "séjours de rupture" et passe fréquemment par la pédiatrie dans des situations d'urgence comme les intoxications médicamenteuses volontaires, les agitations... J'aurais l'occasion de la revoir durant le semestre. Notre dernière rencontre eut lieu avec le Pr. Amar et son questionnement central était « *pourquoi les parents qui ne peuvent s'occuper de leurs enfants en font ?* »

Je la retrouve un an et demi après aux urgences adultes avec son éducatrice. Julie vient de fuguer à deux reprises du foyer pour aller rejoindre sa mère.

Depuis notre dernière entrevue, elle est scolarisée en troisième avec un projet de « *travailler avec les animaux* », a eu un suivi psychothérapeutique individuel régulier avec le Pr. Amar qui vient juste de se terminer, et conjointement tout un travail est réalisé avec le pédopsychiatre du service d'hospitalisation sur la question de sa mère, ce qui comprend une reprise de contact progressive avec elle et les membres de sa famille maternelle. Lors de l'entretien Julie justifie ces fugues par la nécessité de s'occuper de sa mère « *qui ne va pas bien* ». Elle est visiblement inquiète, ne comprend pas les attitudes de sa mère qui la fascinent aussi. « *Pourquoi elle m'en veut alors que je l'aide à faire le ménage, les courses ? Pourquoi qu'elle dit des choses bizarres et qu'elle me regarde comme si j'avais fait quelque chose ?... D'ailleurs c'est quoi la schizophrénie ?* » Nous essayons de répondre au mieux, avec le peu d'éléments qu'elle nous apporte, à ces différentes questions. Dans le même temps nous prenons contact avec la psychiatre traitante de sa mère. Elle nous explique que cette dernière est en rupture totale de soins depuis un mois, qu'une démarche d'hospitalisation sous contrainte a échoué et qu'ils se posent la question d'une nouvelle hospitalisation d'office devant les troubles majeurs du comportement. Elle nous dit aussi avoir récemment pris connaissance de l'existence de Julie, en regardant le dossier de sa mère sur l'ordinateur. En effet elles portent le même prénom, et le même nom de famille. Comble de la non-différenciation! Nous mettons en lien les soignants de la mère et de la fille, avec une perspective de rencontre entre eux et elles (Julie et Julie). Julie fille repart visiblement soulagée qu'on s'occupe de sa mère, et des avancées à venir concernant ses multiples questions identitaires.

A SUIVRE...

ANNEXES

ANNEXE N° 1

Repères de signes de souffrance psychique précoce

(Inspiré des signes de souffrance du bébé de M. Lamour)

1. Troubles somatiques

- Variation de la croissance staturo-pondérale
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles de la coloration cutanée
- Vulnérabilité somatique : fièvres inexplicables, infections à répétition, pathologies respiratoires

2. Troubles tonico-moteurs

- Hypo/Hypertonie
- Troubles de la motricité segmentaire ou globale
- Présence d'activités répétitives

3. Troubles de la régulation des états de vigilance

4. Troubles relationnels

- Absence ou importance de manifestations émotionnelles
- Troubles du contact avec évitement
- Hyperadaptation avec passivité
- Troubles de la différenciation des personnes

Alarme de détresse bébé (ADBB)

A. Guedeney, 2007©

(Disponible sur <http://www.adbb.net/intro.html>)

Chaque item est coté de 0 à 4.

0 : Pas de comportement anormal de retrait

1 : Comportement discrètement anormal

2 : Comportement nettement anormal

3 : Comportement très nettement anormal

4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1. EXPRESSION DU VISAGE. Diminution 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.
- * **4** : Visage figé, froid, absent.

2. CONTACT VISUEL. Diminution 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** : Evitement total du contact visuel.

3. ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité 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. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité' :

- * **0** : Absence d'autostimulation, l'activité d'auto exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général
- * **1** : Autostimulation fugitive
- * **2** : Autostimulation peu fréquente mais nette
- * **3** : Autostimulation fréquente
- * **4** : Autostimulation constante

5. VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu' elles traduisent 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, plutôt gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.
- * **1** : Vocalisations spontanées positives brèves
- * **2** : **Vocalisations spontanées rares, seulement négatives.**
- * **3** : **Geignement** en en réponse à une stimulation.
- * **4** : Aucune vocalisation, **même en cas de stimulation nociceptive.**

6. VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

- * **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** : Réaction très retardée.

7. RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, exceptée celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

- * **0** : La relation rapidement et nettement établie reste soutenue (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).
- * **1** : Relation identifiable, positive, ou négative, mais moins marquée ou soutenue qu'en 0
- * **2** : Relation peu marquée, positive ou négative, peu soutenue.
- * **3** : Relation à peine marquée.
- * **4** : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

- * **0** : L'enfant attire l'attention par ses initiatives, sans aucun effort tout au long de l'examen, et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.
- * **1** : Pas d'inquiétude, mais sentiment d'attraction moins marqué et soutenu.
- * **2** : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder durablement son attention centrée sur lui.
- * **3** : Sentiment de malaise, d'être maintenu à distance, inquiétude nette.
- * **4** : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte, très préoccupant.

Total :.....

NOM : PRENOM :.....

N° dossier :.....

DATE :.....

AGE mois jours :.....

Examineur :.....

ANNEXE N°3

Symptômes d'alarme de R. NEGRI [96]

- Fuite du regard
- Instabilité du regard
- Regarder en cachette
- Faire semblant de dormir
- Absence de sourire
- Rigidité de la mimique
- Stéréotypies de sons, mouvements tels que des attitudes répétitives des mains...
- Intérêt excessif ou bizarre pour des mouvements de la langue dans la bouche
- Tremblement (présent surtout dans les deux premiers mois)
- Hoquet (présent surtout dans les deux premiers mois)
- Agitation motrice
- Anomalies posturales
- Manifestations psychosomatiques accentuées au niveau cutané, intestinal ou respiratoire
- Phobie d'être touché aux pieds, aux mains
- Phobie du « bonnet » ou peur d'être caressé sur la tête
- Peur d'être déshabillé
- Autres peurs
- Désordres de l'alimentation
- Altérations importantes des rythmes biologiques (expressions les plus fréquentes : troubles du sommeil, irritabilité)

ANNEXE N°4

Tableau récapitulatif de l'histoire de Sidonie

DATE	DU COTÉ DE MME H.	DU COTÉ DE SIDONIE
19 décembre 2004	• Accouchement	• Naissance
19 décembre 2004 au 3 janvier 2005	• Hébergement en Unité Kangourou	
3 janvier 2005 au 17 janvier 2005	• Hôpital Temps Plein au HOME la semaine, le week-end à la maison en présence du père	
18 janvier 2005 au 4 février 2005	• Hospitalisation en psychiatrie adulte avec sortie contre avis médical	• Vit avec son père, visites médiatisées toutes les semaines
4 février 2005 au 1 mars 2005	• Visites à domicile, quelques consultations avec le médecin de l'unité mère-bébé, intervention de la PMI	
1 mars 2005 au 4 avril 2005	• Hospitalisation en psychiatrie adulte	• Visites médiatisées progressivement transformées en temps d'hôpital de jour
Mars 2005	• Signalement auprès du procureur pour garantir le cadre des soins	
4 avril 2005 au 20 mai 2005	• Hôpital Temps Plein au HOME la semaine, le week-end à la maison en présence du père	
25 mai 2005 au 23 août 2006	• Hôpital de jour 4 fois par semaine puis 3 fois par semaine	
4 septembre 2005 au 25 juin 2006	• Visites à domicile hebdomadaires, hôpital de jour une fois par semaine	
		• Crèche 3 fois par semaine • Séances de psychomotricité (1/ 15 jours)
Janvier 2006	• Décompensation maternelle avec proposition d'hospitalisation refusée, la famille ne se mobilise pas	
Février 2006	• Deuxième signalement auprès du procureur par nos services et le psychiatre adulte de Mme devant une décompensation de Mme ne garantissant plus la sécurité de Sidonie et demandant un cadre judiciaire avec un placement de Sidonie en famille d'accueil avec hébergement dans la famille en attendant	
Mai 2006		• Accueil dans un foyer de la petite enfance puis rapidement en famille d'accueil en concertation avec les parents et les grands-parents
Août 2006 à février 2007	• Hospitalisation en psychiatrie adulte	• Arrêt des médiations thérapeutiques
Septembre 2006	• Séparation parentale	
Décembre 2006 à septembre 2007	• Médiations thérapeutiques tous les 15 jours	
Novembre 2006		• Vit un week-end sur deux en alternance entre le père et les grands-parents maternels
Avril 2007		• Habite chez son père le week-end
Septembre 2007 - septembre 2008	• Amélioration maternelle avec augmentation des temps de visite non médiatisés avec sa fille lors des week-ends • Prise en charge en hôpital de jour	• Arrêt des médiations thérapeutiques devant la bonne évolution • groupe thérapeutique une fois par semaine

ANNEXE N°5

Description des unités psychiatriques mère-enfant accueillant à plein temps en France, en 2004 [126]

Unité Mère-bébé	Institution	Date Ouverture	Nb lits Temps plein	Modalités de gestion en post-partum en 2004 en France
Créteil*	CHI Créteil	1979	3	•Unité séparée en Pédopsychiatrie
Villejuif*	CHU P.Brousse	1980-94 >1998	2	•Chambres individualisées en Psychiatrie adulte
Marseille* (5j/semaine)	CHU Ste-Marguerite	1985 >1990	2	•Unité séparée en Pédopsychiatrie (accueil pour le père)
Lille/Addicto	CHRU Lille	1985	3	•Lits disponibles en Addictologie, cogérés par la Psychiatrie d'adultes et Pédopsychiatrie
Montesson*	CH Théophile Roussel	1986	8	•Unité séparée, en Pédopsychiatrie
Lille*	CHRU Hôpital Fontan	1989	4	•Unité séparée, cogérée par la Psychiatrie d'adultes et la Pédopsychiatrie
Besançon*	CHU St Jacques	1991	2	•Lits disponibles en Pédopsychiatrie
Lyon-Bron	CH LeVinatier	1991	2	•Chambres individualisées en Psychiatrie adulte
Paris*	CH Maison Blanche	1993	5	•Unité séparée en Pédopsychiatrie
Limoges*	CH Esquirol	1995	4	•Unité séparée en Psychiatrie adulte
Poitiers (5j/semaine)	CHU Poitiers et CH H. Laborit	1996-97 >1998	3	•Unité séparée cogérée par la Psychiatrie d'adulte et la Pédiatrie
Bordeaux*	CHU Ch. Perrens	1998-99 >2000	4	•Unité d'hospitalisation en Psychiatrie adultes.
Albi	CHS Albi	1999	2	•Lits disponibles en Psychiatrie d'adulte
Strasbourg*	CHRU, Hôp. Univ. de Strasbourg	2000	3	•Chambres individualisées en Psychiatrie d'adulte, cogérées par la Pédopsychiatrie
Moulins	CH Moulins	2001	2	•Lits disponibles en Pédiatrie générale
Nantes (5j/semaine)	CH Nantes	2003	3	•Unité séparée, gérée par le service de Pédopsychiatrie
Le Vesinet*	CHD Le Vesinet	1858	7	•Unité autonome d'hospitalisation conjointe mixte (7 lits « psy » sur 23 lits post-partum)

* Unité Mère-Bébé participant au recueil de données de recherche en 2003-2004

ANNEXE N°6

Première partie de l'échelle d'interaction mère-nourrisson de l'unité mère-bébé de Créteil et unité Inserm 149, édité le 2/2/5

Partie 4A BÉBÉ de 0 à 1 mois (âge corrigé) INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON

Date de l'observation : 14 | ___ | ___ | ___ | ___ | 2 | ___ | 0

___ | ___ |

POINT DE VUE DE L'ENFANT

INTERACTIONS CORPORELLES		INTERACTIONS VISUELLES		INTERACTIONS VOCALES	
<p><u>Gestualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exprime une gestualité satisfaisante, avec des mouvements corporels harmonieux. • Exprime une gestualité adaptée mais pauvre avec un ralentissement des mouvements corporels • Exprime une gestualité importante avec des mouvements corporels vifs accélérés. • N'exprime aucune gestualité. 	22 ___	<p><u>Echanges de regards :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regarde de façon adéquate sa mère. • Regarde peu sa mère. • Ne regarde pas sa mère. 	25 ___	<p><u>Expressions vocales avec sa mère :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe des échanges vocaux après un délai avec sa mère ou avec un tiers. • Il n'existe pas d'échanges vocaux ni avec sa mère ni avec un tiers. <p style="text-align: center;">Particularité des échanges vocaux</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	27 ___ 28 ___
<p><u>Dialogue corporel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable. • Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des ruptures de tonus hypertonique et/ou hypotonique. • Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable. • Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec une tendance à l'endormissement. 	23 ___	<p><u>Expression du regard :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regarde avec une expression adéquate. • Regarde avec accrochage excessif. 	26 ___	<p><u>Cris :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crie de temps en temps et se calme dans les bras de sa mère ou d'un tiers. • Crie longtemps ou très souvent mais peut être calmé par sa mère ou par un tiers. • Crie longtemps ou très souvent et ne peut être calmé que par un tiers. • Crie et geint très souvent. Paraît inconsolable. • Ne crie pratiquement jamais. 	29 ___
<p><u>Contacts corporels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accepte les contacts corporels avec sa mère. • Accepte les contacts corporels avec sa mère mais s'agite et parfois s'en écarte. 	24 ___				

• Refuse tout contact corporel.	
---------------------------------	--

POINT DE VUE DE LA MERE

INTERACTIONS CORPORELLES		INTERACTIONS VISUELLES		INTERACTIONS VOCALES		IX.INTERACTIONS FACIALES	
<p><u>Dialogue tonique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tient son bébé de manière confortable, assurant à celui-ci une sécurité, avec un ajustement de la distance. • Tient son bébé de façon confortable mais de façon discontinue avec des réactions brusques fréquentes. • Tient son bébé dans une trop grande proximité, dans une difficulté à ajuster la distance. • Tient son bébé à distance supportant mal les rapprochés corporels. • Tient de façon inconfortable son bébé, dans une difficulté à ajuster la distance, portant atteinte à la sécurité physique du bébé. 	34 □	<p><u>Initiation de l'interaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cherche le regard de son bébé de façon adaptée pour initier l'interaction. • Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinue. • Cherche le regard de son bébé avec insistance sans initier l'interaction. • Ne cherche jamais le regard de son bébé. 	37 	<p><u>Rythme et ajustement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Parle fréquemment à son bébé dans une continuité d'échanges. • Parle rarement à son bébé mais dans une continuité d'échanges. • Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture. • Parle de façon quasiment ininterrompue à son bébé sans tenir compte de sa disponibilité et de sa réactivité. • Ne parle que rarement, voire jamais, à son bébé. 	40 	<p><u>EXPRESSION DU VISAGE.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expressions du visage sont adaptées et variées. • Les expressions du visages sont variées mais inadaptées. • Les expressions du visage sont adaptées mais pauvres. • Les expressions du visage sont inadaptées et pauvres. 	43 □
<p><u>Postures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tient ou installe son bébé dans une position qui permet l'échange. • Peut tenir ou installer son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinue. • Ne tient pas ou n'installe jamais son bébé dans une position qui permet l'échange. 	35 □	<p><u>Maintien de l'interaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintient le regard avec son bébé de façon continue. • Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue en se laissant distraire par l'environnement. • Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue avec évitement actif. 	38 	<p><u>Discours : contenu et affect :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • S'adresse à son bébé dans un discours adapté avec des affects adaptés. • S'adresse à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants. • S'adresse à son bébé dans un discours inadapté, les affects sont présents mais non concordants. • S'adresse à son bébé dans un discours inadapté ou pauvre sans affect. 	41 		
<p><u>Gestes de tendresse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Caresse et embrasse son bébé de façon adéquate. • Caresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures. • Caresse et embrasse son bébé très souvent sans s'ajuster à lui. • Manipule ou touche son bébé de façon inadaptée, excessive ou brusque. • Ne peut pas toucher son bébé. • Manipule ou touche son bébé de façon mécanique. 	36 □	<p><u>Expression du regard :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée. • Regarde le plus souvent son bébé de façon préoccupée et/ou inquiète. • Regarde le plus souvent son bébé de façon intrusive et/ou agressive. • Regarde le plus souvent son bébé de façon triste. • Regarde le plus souvent son bébé de façon vide. • Evite en permanence le regard de 	39 	<p><u>Expression vocale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'expression vocale de la mère est adaptée. • L'expression vocale de la mère est marquée par l'inquiétude. • L'expression vocale de la mère est globalement ralentie et triste, sans modulation. • L'expression vocale de la mère est marquée par l'agressivité. • L'expression vocale de la mère est indifférente et mécanique. 	42 		

		son bébé.			
--	--	-----------	--	--	--

APPRECIATION GLOBALE DES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT (en s'appuyant sur les deux pages précédentes)

	INTERACTIONS CORPORELLES	INTERACTIONS VISUELLES	INTERACTIONS VOCALES
X.CONTINUITÉ	<ul style="list-style-type: none"> Continue. Parfois Le plus souvent discontinue. Toujours discontinue 44 __	<ul style="list-style-type: none"> Continue. Parfois Le plus souvent discontinue. Toujours discontinue 47 __	<ul style="list-style-type: none"> Continue. Parfois Le plus souvent discontinue. Toujours discontinue 50 __
RICHESSSE	<ul style="list-style-type: none"> Riche. Plutôt riche. Plutôt pauvre. Pauvre 45 __	<ul style="list-style-type: none"> Riche. Plutôt riche. Plutôt pauvre. Pauvre 48 __	<ul style="list-style-type: none"> Riche. Plutôt riche. Plutôt pauvre. Pauvre 51 __
BON AJUSTEMENT DES DEUX PARTENAIRES DANS LA RELATION INTERACTIVE	<ul style="list-style-type: none"> Très souvent. Souvent. Parfois. Jamais. 46 __	<ul style="list-style-type: none"> Très souvent. Souvent. Parfois. Jamais. 49 __	<ul style="list-style-type: none"> Très souvent. Souvent. Parfois. Jamais. 52 __

Événements significatifs concernant la mère et/ou le bébé (dans les 8 jours écoulés) :

■ Dans le cadre de l'hospitalisation (3 réponses possibles) :

- 1 Annonce d'un projet de séparation.
- 2 Annonce d'un signalement aux autorités administratives ou judiciaires.
- 3 Programmation de la sortie de l'unité mère-bébé.
- 4 Aggravation de la symptomatologie initiale de la mère.
- 5 Apparition de nouveaux troubles maternels (à préciser en clair).....
- 6 Amélioration significative maternelle.53 |__| |__| |__|
- 7 Autre (à préciser en clair).....

■ Dans le cadre d'évènements familiaux extra-hospitalisation (4 réponses possibles) :

- 1 Séparation du couple.
- 2 Accident d'un proche (préciser en clair)
- 3 Deuil d'un proche (préciser en clair)
- 4 Autre (à préciser en clair)56 |__| |__| |__| |__|

■ Une personne est-elle hospitalisée dans l'unité avec la mère et le bébé cette semaine (oui = 1 / non = 0)60 |__|

Si oui :

- 1 Conjoint ou père du bébé (préciser lequel).....
- 2 Grand-mère maternelle.61 |__|
- 3 Autre personne proche (préciser en clair).....

Pendant combien de temps (en heure) ?62 |__| |__|

ANNEXE N°7

Issues positives pour l'enfant, en fin d'admission conjointe, en fonction du type de pathologie maternelle

(Tableau traduit de Glangeaud et al. Archives of Women's Mental Health 2004, 7(1), 59-64 [128])

Pathologie de la mère	Reste avec sa mère, sans signalement % (N)	Pas de problème affectif observé* % (N)	Pas de risque de mauvais traitement observé* % (N)
Schizophrénie et autres troubles délirants chroniques (N=44)	45 (20)	43 (19)	61 (27)
Psychose du postpartum ou "Bouffée délirante" (N=20)	80 (16)	90 (18)	90 (18)
Troubles affectifs bipolaire (N=20)	85 (17)	95 (19)	95 (19)
Pathologies dépressives (N=38)	84 (32)	71 (27)	82 (31)
Troubles de la personnalité et retard mental (N=39)	49 (19)	33 (13)	41 (16)
<i>valeur de p</i>	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>

(en 1999-2000; n =176)

Ce tableau récapitule le résultat des analyses des 176 dossiers d'hospitalisations conjointes recueillies dans 8 unités françaises et 3 unités belges en 1999 et 2000. Le dossier commun était dérivé du Marcé Checklist anglais traduit en français et adapté par O Cazas et N Glangeaud-Freudenthal en collaboration avec le groupe de recherche. Il était rempli pour toutes les admissions conjointes, à plein temps, de plus de 5 jours, d'une mère avec son bébé de moins de 1 an.

* Risques évalués par les soignants de l'Unité Mère-Bébé, en fin d'hospitalisation

BIBLIOGRAPHI E

1. **GOLSE B.** - La naissance et l'organisation de la pensée. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2000, 26, 23-37.
2. **AULAGNIER P.** - La Violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé. 1^{ère} édition. Paris: PUF, Fil rouge, 1975.
3. **BICK E.** - The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 484-486, trad. fr. In: MELTZER D. et al. Explorations dans le monde de l'autisme. Paris : Payot, 1980, 240-244.
4. **GOLSE B.** - Du corps à la pensée. Paris : PUF, Fil rouge, 1999.
5. **WINNICOTT D.W.** - De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.
6. **FREUD S.** - Le Moi et le ça. In: Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1981, 230-240.
7. **BERGERET J., SOULÉ M., GOLSE B. et al.** - Anthropologie du fœtus. Paris : Dunod, 2006.
8. **MAZET P., STOLERU S.** - Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^{ème} édition. Masson, 2003.
9. **PRAT R.** - La préhistoire de la vie psychique : son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique. *Revue française de psychanalyse*, 2007, tome 71, n°1, 97-114.
10. **HATWELL Y., STRERI A., GENTAZ E. et al.** - Toucher pour connaître : psychologie cognitive de la perception tactile manuelle. Paris : PUF, 2000.
11. **MEHLER J., DUPOUX E.** - Naître humain. Paris : Odile Jacob, 1990.
12. **DAVIS J.A.** - Soma et psyché aux premiers stades du développement de l'enfant. *Devenir*, 1989, 1-4, 47-64.
13. **BULLINGER A.** - Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. 2^{ème} édition, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005.

14. **STERN D.N.** - Le monde interpersonnel du nourrisson. 4^{ème} édition, 2^{ème} tirage juillet.
Paris : PUF, Fil rouge, 2006.
15. **JOUEN F., MOLINA M.** - Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement.
Enfance, 2000, n°3, 235-247.
16. **TUSTIN F.** - Autisme et psychose de l'enfant. Paris : Seuil, col. Points-Essais, 1982.
17. **BULLINGER A.** - A propos du développement psychomoteur. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2007, 55, 134-135.
18. **HAAG G.** - La mère et le bébé dans les deux moitiés de corps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1985, 33, 107-114.
19. **HAAG G.** - Un bébé de trois mois au tapis. *Devenir*, 6, n°2, 1994, 73-78.
20. **SZANTO-FEDER A. dir.** Loczy: Un nouveau paradigme ? L'institut Pikler dans un miroir à facettes à multiples. 2^{ème} édition. Paris : PUF, Fil rouge, 2004.
21. **HAAG G.** - Communication préverbale dans le développement précoce et à l'émergence des états autistiques. Ressemblances et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53, 349-353.
22. **VASSEURS R.** - Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. *Enfance*, 2000, 3, 221-223.
23. **COSTER L., WOLFS J., COURTOIS A.** - Le monde temporel du bébé : une mosaïque de compétences temporelles précoces. *Devenir*, 2007, 1, vol. 19, 47-65.
24. **HUBIN-GAYTE M., AYISSI L.** - Sensibilité et représentations des mères de nouveau-nés irritables. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53, 78-85.
25. **MARCELLI D.** - L'attente trompée ou le manquement maternel. *Psychiatrie de l'enfant*, 2000, XLIII, 1, 23-54.
26. **RUTTER M.L., KREPPNER J.M., O'CONNOR T.G.** - Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 179, 97-103.
27. **CICCONE A.** - L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53, 24-31.

28. **BOLWBY J.** - La théorie de l'attachement. *In*: LEBOVICI S., WEIL-HAPER N F., Psychopathologie du bébé. Paris : PUF, 1989, p. 165-170.
29. **GOLSE B. dir. MISSONNIER S. dir.** - Attachement et psychanalyse: pour une clinique de la narrativité. Ramonville Saint-Agnès : Erès, La vie de l'enfant, 2005,
30. **WINNICOTT D.W.** - Le bébé et sa mère. Paris : Payot, Sciences de l'homme Payot 1992.
31. **BULLINGER A.** - De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, 2000, 3, 213-220.
32. **BUCHHOLZ E.S.** - A psychobiological developmental model for an "alonetime need in infancy". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1999, 63, 2, 143-158.
33. **PURVES D., AUGUSTINE G.J., FITZPATRICK D., HALL W.C., MC NAMARA J.O.** trad. fr. COQUERY J.M. - Neurosciences., 3^{ème} édition. De Boeck, 2005.
34. **WALLON H.** - Les origines du caractère chez l'enfant, les préludes du sentiment de personnalité. 3^{ème} édition. Paris : PUF, Quadrige, 2002.
35. **HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F.** - Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF, 2000.
36. **GOLSE B.** - Emotions, affects, représentations, interactions et périnatalité. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2001, 29, 47-63.
37. **FREUD S.** - La Négation. *In*: Œuvres complètes, vol. VII, Paris : PUF, 1992, 165-173.
38. **MELLIER D. et al.** - Vie émotionnelle et souffrance du bébé. Paris : Dunod, 2005.
39. **BION W.R.** trad. fr. F. ROBERT. - Aux sources de l'expérience. Paris : PUF, 1962.
40. **KASWIN-BONNEFOND D.** - De l'appréhension de la beauté au « claustrum ». *Revue Française de Psychanalyse*, 2003, 2, vol. 67, 441-460.
41. **EDELMAN G.** - Biologie de la conscience. Paris : Odile Jacob, 1992.
42. **GIL R.** - Abrégé de Neuropsychologie. 4^{ème} édition, Paris : Masson, 2006.
43. **BYDLOWSKI S., GRAINDORGE C.** - Naissance et développement de la vie psychique. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale*. Paris, Psychiatrie, 2007, 37-160-A-10.

44. **CRAMER B.** - Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire. *Devenir*, 2002, 14, 2, 89-99.
45. **MARCELLI D.** - Les châtouilles de l'âme. Paris : Albin Michel, 2000.
46. **CICCONE A.** - Naissance de la pensée. *Groupal*, 2004, 15, 19-37.
47. **TREVARTHEN C., AITKEN K.J.** - Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 2003, 4, 34, 309- 428.
48. **MANZANO J.** - La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques. L'exemple du développement précoce. *Revue Française de la Psychanalyse*, 2007, 2, 327-337.
49. **HARLOW H.F.** - Love in infant monkeys. *Sci. Am.*, 1959, 2, 9, 68-74.
50. **KANDEL E.R.** - The Molecular Biology of Memory Storage: A Dialogue Between Genes and Synapses. *Science*, november 2001, 294, 1030-1038.
51. **NAGY E., MOLNAR P.** - Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development*, february 2004, 27, 1, 54-63.
52. **ROCHAT P., GOUBET N.** - Connaissance implicite du corps au début de la vie. *Enfance*, 2000, 3, 275-285.
53. **MAIELLO S.** - Trames sonores et rythmiques primordiales. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2000, 26, 77-103.
54. **GUEDENEY A., MINTZ A. S., DUGRAVIER R.** - Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale*. Paris, Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 2007, 37-195-A-20.
55. **BURSZTEIN C, GRAS-VINCENDON A.** - La « théorie de l'esprit » : un modèle de développement de l'intersubjectivité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49, 35-41.
56. **GOLSE B.** - Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53, 340-348.
57. **PINOL-DOURIEZ M.** - Bébé agi, bébé actif, L'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle. Paris : PUF, Fil rouge, 1984.

- 58. ANZIEU D.** - Les signifiants formels et le Moi-peau. *In* Les enveloppes psychiques. Paris : Dunod, 1987, 1-22.
- 59. LAPLANCHE J.** - Nouveaux fondements pour la psychanalyse. Paris : PUF, 1987.
- 60. SIKSOU J, GOLSE B.** - L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces. *Devenir*, 1991, 2, 63-71.
- 61. ANZIEU D.** - Le Moi-peau. Paris : Dunod, 1995.
- 62. BIZZOZEVO V.** - Le processus prépsychique. *Revue Française de Psychanalyse*, 2004, 5, 1651-1656.
- 63. MOLINA M., JOUEN F.** - Modulation of manual activity by vision in human newborns. *Dev. psychobio.*, 2001, 38, 2, 123-132.
- 64. ROUSSILLON R.** - L'objet, l'expérience de satisfaction et l'intelligibilité. *Revue Française de Psychanalyse*, 2001, 4, 1379-1387.
- 65. BENONY C., GOLSE B.** - Psychopathologie du bébé. Tours : Nathan Université, 2003.
- 66. MAZET P., et al.** - Le regard dans les troubles des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49, 419-27.
- 67. KLEIN M.** - Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. *In*: Développements de la psychanalyse, Paris : PUF, 1966, 187-222.
- 68. HUBIN-GAYTE M.** - Pour une réhabilitation de la notion de tempérament du nourrisson. *Enfance*, 2007, 4, 314-323.
- 69. AYISSI L., HUBIN-GAYTE M.** - Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54, 125-132.
- 70. RENAUD V., MAZET P.** - Réflexions sur la notion de dépression chez le bébé avant six mois, à propos de cas cliniques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, 56, 1, 2-8.
- 71. ZERO TO THREE** - Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood (re.ed.) - DC: ZERO TO THREE Press, Washington, 2005.
- 72. HATWELL Y.** - Le développement perceptivo-moteur de l'enfant aveugle. *Enfance*, 2003, 1, 88-94.

- 73. LEWIS V., NORGATE S., COLLIS G.** - Les capacités de représentation d'un enfant aveugle congénital entre 1 et 7 ans. *Enfance*, 2002, 3, 291-307.
- 74. COHEN- SOLAL J., GOLSE B. et al.** - Au début de la vie psychique. Paris: Odile Jacob, 1999
- 75. VAN IJZENDOORN M.H., GOLDBERG S., KROONENBERG P. M. and FRENKEL O.J.** - The Relative Effects of Maternal and Child Problems on the Quality of Attachment : A Meta-Analysis of Attachment in Clinical Samples. *Child Development*, August 1992, 63, 4, 840-858.
- 76. DELZENNE V., POINSO F., THIRION X., SAMUELIAN J.C.** - Vers un soin précoce de la dépression du post-partum, travail en réseau et résultats. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1996, 1, 297-331.
- 77. LAMOUR M., BARRACO M.** - Souffrance autour du berceau. Paris : Gaëtan Morin, 1998.
- 78. LEOVICI S.** - L'arbre de vie : éléments de psychopathologie du bébé. Ramonville Saint-Agne : Erès, A l'Aube de la vie, 1998.
- 79. DAYAN J., ANDRO G.** - Psychopathologie de la périnatalité. Issy-les-Moulineaux : Masson, 1999.
- 80. GARRET-GLOANEC N., GLOANEC Y.** - De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 2007, 37-200-B-25.
- 81. GUEDENEY A.** - De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1999, 47, 63-71.
- 82. FRAIBERG S.** - Fantôme dans la chambre d'enfants. Paris: PUF, 1989.
- 83. COHN J.F., TRONICK E.Z.** - Specificity of infants "response to mothers" affective behaviour. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 242-8.
- 84. CAZAS O.** - Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. *L'Information Psychiatrique*, 2004, 80, 627-33.
- 85. LEOVICI S., STOLÉRU S.** - Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. 2^{ème} édition. Bayard, 2003.

- 86. FRAIBERG S.** - Mécanismes de défense pathologique au cours de la petite enfance. *Devenir*, 1993, 5, 1, 7-29.
- 87. KREISLER L.** - La dépression du nourrisson. In: LEOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé. Paris : PUF, 1989.
- 88. LEOVICI S.** - L'expression somatique dans la psychopathologie du nourrisson. In: LEOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé. Paris : PUF, 1989.
- 89. BULLINGER A.** - Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence*, 2001, 49, 4-8.
- 90. NASSIKAS K.** - Les autostimulations comme remplacement de la pensée du nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2001, 49, 42-47.
- 91. SZWEC G.** - Les procédés auto calmants en psychosomatique et en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52, 410-413.
- 92. GUEDENEY A.** - La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53, 32-35.
- 93. CAREL A.** - L'attention au regard du bébé dans la triade parents-bébé-clinicien. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2001, 49, 436-48.
- 94. FONAGY P.** - Théorie de l'attachement et psychanalyse. Ramonville Saint-Agne : Erès, La vie de l'enfant, 2004.
- 95. MISÈS R., et al.** - Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2002, 50, 1, 1-24.
- 96. NEGRI R.** - Symptômes d'alarme et psychopathologie précoce. *Devenir*, 1999, 11, 37-38.
- 97. DURAND B.** - Une démarche de repérage précoce des troubles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, 55, 486-488.
- 98. COLLÈGE DE PÉDOPSYCHIATRIE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE** - Référentiel d'observation pour le repérage des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54, 391-395.

- 99. CAZAS O.** - Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ?
Gynécologie obstétrique et fertilité, 2007, 35, 1055-1059.
- 100. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ** - Report on a working group
« Primary prevention of schizophrenia in high-risk groups », 1975, Genève.
- 101. BERGERET J.** - Psychologie pathologique théorique et clinique. Paris : Masson, abrégés, 1990.
- 102. SAOUD M., D'AMATO T.** - La schizophrénie de l'adulte. Paris : Masson, 2006.
- 103. LAMOUR M.** - Les nourrissons de parents psychotiques. *In*: LEOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé. Paris : PUF, 1989, 655-675.
- 104. RACAMIER P.C.** - Les schizophrènes. Paris : Payot, Petite bibliothèque, 1980.
- 105. BONNOT O.** - Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant.
Encyclopédie Médico Chirurgicale, Paris, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 2007, 37-204-G-10.
- 106. TSUANG M., STONE W., FARAONE S.** - Genes, environment and schizophrenia.
British Journal of Psychiatry, 2001, 178 suppl. 40, s18-s24.
- 107. TIENARI P., WYNNE L.C., SORRI A., LAHTI I., LASKY K., MORING J. and al.**
- Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 216-222.
- 108. BANNOSO A., POINSO F., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N.** - Schizophrénie, maternité et développement de l'enfant, Revue de la littérature. *In* : Troisième cahier de la société Marcé, à paraître.
- 109. ERLÉNMEYER-KIMLING L., ROCK D., ROBERTS S.A., et al** - Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 1416-1422.
- 110. INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES** - Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées, 1998, Ministère des Affaires sociales, disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001636/index.shtml>
- 111. ARTICLE L.2123-2** de la loi n°2001- 588 du 4 juillet 2001, art. JORF du 7 juillet 2001 du Code de la santé publique, disponible

sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687389&dateTexte=20080600>

- 112.LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE EN 2002**, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er348.pdf>
- 113.BAYLE B.** - La maternalité chez les femmes schizophrènes. *In* : L'enfant à naître, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005, 208-237.
- 114.MILLER L.J.** - Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 1997, 23, 623-635.
- 115.LAPLANCHE J., PONTALIS J-B.** - Vocabulaire de la psychanalyse. 4^{ème} édition, Paris : PUF, 2004.
- 116.LAVERGNE M.P., DI STEPHANO J.L., MASQUIN A.** - Prise en charge plurielle d'enfants et de leurs parents ayant des pathologies mentales avérées. *Psy-Cause*, 23, 24, 31-36.
- 117.DAVID M., CASTEX E., LÉGER E.M., MERLET A.-M.** - Danger de la relation précoce et sa mère psychotique, une tentative de réponse. *Psychiatrie de l'enfant*, 1981, XXV, 1, 151-196.
- 118.MAUDOUX M., PREVOST P., REPELLIN F., PAILLEUX J.M., COUZINET N.** - Evolution des délires chroniques au cours de la grossesse et du post-partum. *Annales Médico. Psychologiques*, mai 1991, 730-3.
- 119.GENTILE S.** - Clinical Utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2004 July/August, 38, 1265-1271.
- 120.DERVAUX A., SANA M., BAVOUX F.** - Psychoses chroniques, psychotropes et grossesse, *L'Information Psychiatrique*, février 2005, 81, 2, 149-155.
- 121.APPELL G., TARDOS A.** (sous la direction de) - Prendre soin d'un jeune enfant. 2^{ème} édition, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005.
- 122.WINNICOTT D.W.** - La préoccupation maternelle primaire. *In* : La mère suffisamment bonne. Paris : Payot et Rivages, Petite bibliothèque Payot, 2006, 33-50.
- 123.DAVID M.** - Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. *Perspective Psychiatrique*, 1987, 26, 6, 7-22.

- 124.GOLSE B.** - L'être bébé. Paris : PUF, Fil rouge, 2006.
- 125.LEBOVICI S.** - Technique de l'observation du très jeune enfant. *In*: LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULÉ M. - Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, t.1, Paris : PUF, 1995
- 126.NEZELOF S., CAZAS O., SUTTER-DALLAY A-L., GLANGEAUD-FREUDENTAHL N.** - Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques*, 2005, 163, 529-534.
- 127.CAUVIN P., CORNUDET B., ROBIN C.** - Médiatisation systématique des visites des parents en pouponnière : protection de l'enfant et soutien à la parentalité. *Devenir*, 2008, 4, 20.
- 128.GLANGEAUD-FREUDENTAHL N. and the MBU-SMF working group.** - Mother-baby psychiatric units, national data collection in France and in Belgium (1999-2000). *Arch. Womens Ment. Health*, 2004, 7, 59-64.
- 129.GLATINY DALLAY E., DORIAN S., LACAZE I., LOUSTAU N., PARDO L., PAULAIS J.Y., SUTTER-DALLAY A-L., VERDOUX H.** - Réseau périnatal de Bordeaux « Implications cliniques en unité d'hospitalisation mère-bébé des grilles d'évaluation des bébés, dans le cadre de la recherche de la société Marcé. Communication au 8^{ème} congrès de la World Association for Infant Mental Health (W.A.I.M.H.) à Amsterdam le 17 juillet 2002
- 130.RACAMIER P.C.** - La maternalité psychotique. *In* : De psychanalyse en psychiatrie, Bibliothèque scientifique de Payot, 1979.
- 131.BERGER M.** - L'enfant et la souffrance de la séparation. Paris : Dunod, 2003.
- 132.LE NESTOUR A.** - Aléas précoces de la parentalité : prévention et prises en charge. *Arch. Pediatr.*, 2006, 13, 1080-1084.
- 133.BOURDIER P.** - L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, 20, 15-22.
- 134.FISH B., KENDLER K.S.** - Abnormal infant neurodevelopment predicts schizophrenia spectrum disorders. *J.Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 2005, 15, 3, 348-361.

135.FAVA VIZZIELLO V., DISNAN G., COLLUCCI M.R. - Parents psychotiques, parcours clinique d'enfants de patients psychiatisés. *Médecine et hygiène*, Genève/Paris, 2001, 191-192.

136.HOCHMAN J., NESPON O., GRAVIER B. - Les mères psychotiques sont-elles de bonnes mères ? Réflexion à partir de quelques cas. *L'Information Psychiatrique*, 1984, 60,1,27-41.

RÉSUMÉ

A partir d'une interrogation clinique au sujet des conditions d'émergence de la pensée, nous avons fait un détour théorique parmi l'abondante littérature, sachant que le processus nous échappe de fait. Le bébé naît avec un vécu sensori-moteur prénatal, avec des organes sensoriels fonctionnels qui sont saturés en information à partir de la naissance. La perception amodale de ces flux sensoriels permet au nouveau-né de les appréhender de façon unifiée dans une conscience temporelle propre. Rapidement des mécanismes cognitifs précoces se mettent en place pour les traiter, mécanismes soutenus et entretenus par la personne qui s'occupe préférentiellement de lui, le plus souvent la mère, dans un échange corporel et émotionnel. Nous suivons l'idée que par la primauté de fonctionnalité des récepteurs tactiles, « *les caractéristiques du toucher vont être le fil rouge de tout le développement psychique* » (R. Prat 2007). Mais le corps du bébé est à la fois le lieu de réception des données sensori-motrices, et le lieu de ses premières expressions dans une symbolisation corporelle, une "pensée archaïque", à partir d'îlots d'intersubjectivité.

Cette étape capitale pour le développement psychique nous a amené à nous pencher sur ce qui pouvait l'altérer, à la fois du côté de la maman et du bébé dans l'esprit de l'épigénèse interactionnelle. Nous présentons pour le bébé les angoisses primitives massives, le tempérament, un déficit de l'équipement neurophysiologique, et pour la maman la coloration des interactions avec son enfant par ses interactions fantasmatisques, la mettant quelquefois en grande difficulté, jusqu'aux pathologies psychiatriques comme la dépression ou les psychoses. Le bébé ressent alors une tension émotionnelle génératrice de souffrance, à expression corporelle. En nous appuyant sur différents travaux, nous proposons des repères cliniques, même si nous nous situons encore au début de la clinique du tout petit.

A travers la situation clinique d'une mère schizophrène et de son bébé, suivis de la grossesse jusqu'à l'âge de 4 ans de l'enfant, nous reprenons les différents éléments abordés pour nous interroger sur le développement de ce bébé, et nous posons la question de la place singulière du soignant dans cette situation.

Il nous paraît essentiel de nous intéresser à ce que ces bébés des premiers mois vivent dans et par leur corps, afin de repérer précocement des signes de souffrance, qui pour la plupart sont sensibles à une intervention précoce, dans le but de les aider à construire leur appareil psychique, outil indispensable pour appréhender le monde.

MOTS-CLÉS

Corps, éprouvés sensori-moteurs, émotion, intersubjectivité, souffrance psychique précoce, schizophrénie, psychiatrie périnatale