

Dès la grossesse, le bébé fait preuve d'un véritable appétit à entrer en relation avec l'autre. Cette part active du bébé se prolonge à la naissance dans la rencontre « néonatale» avec ses parents et influence leur « devenir parent ».

Au travers des trois grands registres de l'échange de la première année de la vie - l'oralité, le regard et la voix - l'auteure présente les signes de développement et les signes de souffrance précoce du bébé. Entre le somatique et le relationnel, ce fil rouge amène tout naturellement à identifier des signes auxquels parents et professionnels doivent être attentifs.

Les professionnels de la petite enfance trouveront dans cet ouvrage des outils cliniques et conceptuels pour améliorer la prévention des troubles relationnels précoces et au-delà, pour reconnaître les signes précoces de risque autistique.

Psychologue clinicienne et psychanalyste, Graciela C. Crespin travaille dans des institutions accueillant la petite enfance (crèche, pouponnière, centre maternel) et parallèlement, a développé une pratique auprès d'enfants présentant des troubles autistiques depuis vingt-cinq ans.

yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



LA VITALITÉ RELATIONNELLE DU BÉBÉ

GRACIELA C. CRESPIN

yapaka.be

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

LA VITALITÉ RELATIONNELLE DU BÉBÉ

Graciela C. Crespin

yapaka.be

La vitalité relationnelle du bébé

Graciela C. Crespin

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'Enseignement, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse, Administration générale des Maisons de Justice et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Mathieu Blairon, Nicole Bruhwyler, Nuran Cicekciler, Etienne De Maere, Stephan Durviaux, Anne-Françoise Dusart, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert et Juliette Vilet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
décembre 2016

Sommaire

Une nouvelle conception du bébé?	5
La rencontre néonatale : des retrouvailles	7
Qu'est-ce que l'appétence symbolique du nouveau-né? .9	
L'observation en pouponnière :	
l'histoire de Gabriel et Alice.	9
L'établissement du lien à l'autre : positions maternelle et paternelle	17
La position maternelle	18
La position paternelle	20
L'exemple de l'échange nourricier.	20
L'exemple de Mathias et sa maman frileuse.	21
L'exemple d'Alexis, l'enfant qui avait « trop de mères ». .	22
Signes positifs de développement et signes de souffrance précoce	25
Clinique de la première année de la vie :	
une nouvelle lecture.	25
Signes de développement et signes de souffrance	26
L'oralité	28
La spéularité	34
L'invocation	38
Du développement normal au risque autistique	43
Le processus autistique.	44
Reconnaître, dans le quotidien, un risque d'évolution vers un trouble du spectre autistique	49
Conclusion	53
Bibliographie	55

Une nouvelle conception du bébé ?

Longtemps le nouveau-né a été conçu comme un simple tube digestif, sans pensée ni émotions, jusqu'à l'avènement de la parole, et ce n'est qu'à partir de l'après-guerre, au cours des années 50/60, que le bébé est devenu un sujet avec ses pensées et ressentis propres.

Cependant, à cette période – et cela reste parfois d'actualité! – le bébé restait fondamentalement déterminé par son environnement, comme si le désir et les paroles de l'autre de la relation pouvaient être à l'origine d'un déterminisme quasi-absolu : la mère, son désir, ses paroles, étaient vécus imaginativement comme tout-puissants. Tout semblait venir d'elle, et cette conception organisait non seulement la perception de la clinique, mais aussi et fondamentalement les prises en charge et les démarches thérapeutiques.

Ce n'est qu'à partir des années 70/80 que, petit à petit, le modèle circulaire des interactions précoces, ainsi que des travaux dans d'autres champs de la connaissance, comme la pédiatrie vue par Brazelton ou la psychologie du développement vue par Trevarthen, nous confrontèrent à des observations et des constats qui montraient un nouveau-né d'emblée présent et ayant des compétences pour entrer en relation.

Bien que le petit d'homme ait toujours autant besoin de son prochain secourable pour survivre, et que l'environnement néonatal reste toujours aussi crucial pour le développement d'un enfant, ces nouvelles capacités ont redistribué les cartes, en donnant d'emblée au nouveau-né une place active, voire décisive, dans la rencontre néonatale.

La rencontre primordiale : l'entrée dans le langage pendant la gestation ?

Ces dernières décennies, nous avons beaucoup appris sur la vie intra-utérine, et même s'il reste encore beaucoup à découvrir, il est devenu banal de reconnaître que ce qu'éprouve émotionnellement la mère, tout comme la place qu'occupe le bébé dans son désir, jouent de manière manifeste dans ce qui va se passer pour l'enfant, non seulement au moment néonatal mais aussi pendant et surtout à la fin du déroulement de la grossesse.

Nous savons en particulier que le fœtus entend *in utero* et qu'il se montre sensible à la parole et au son de la voix. La pratique de l'haptonomie le montre quotidiennement, et de nombreuses études ont été conduites sur ce sujet, tant sur le mode expérimental que sur le mode clinique.

Et, bien que l'état de besoin déterminé par l'immaturation du bébé à la naissance soit incontestable, l'expérience clinique montre que la rencontre inaugurale avec l'autre de la relation ne se situe pas au moment de la naissance, mais qu'au contraire, dès la vie intra-utérine, le bébé humain est déjà dans une relation autre que purement biologique avec cet autre humain qui le porte.

À la naissance, le bébé porte des traces mnésiques, c'est-à-dire l'empreinte laissée en lui par ce que nous pourrions appeler la *rêverie maternelle* pendant la gestation. Même si ces traces sont, à proprement parler, de l'*impensable* et de l'*indicible* pour le bébé et qu'elles devront lui être *restituées* pour qu'il puisse se les approprier, ces traces constituent des inscriptions du langage chez lui. Elles le rendent en quelque sorte *accessible à la parole*, au sens qu'il peut l'entendre et en ressentir les effets. De ce fait, nous pouvons nous adresser à lui, dès le moment néonatal, comme à un sujet parlant.

Ces traces correspondent, d'après nous, à ce qu'en psychanalyse on appelle « l'entrée dans le langage ».

Cette « prise dans le langage » originale s'avère fondamentale dans le développement de l'enfant normal, et son manque ou sa défaillance fait probablement partie des facteurs en cause dans le cas de risque autistique, comme nous le verrons plus loin.

J'appelle rencontre primordiale cette relation établie pendant la gestation, afin de la distinguer de la rencontre néonatale qui a lieu au moment de la naissance.

La rencontre néonatale : des retrouvailles

Dans la situation dite *simple et favorable* où c'est le couple géniteur qui assume la parentalité pour son enfant, il y a véritablement un continuum pré et post-natal. En effet, les rythmes psycho-bio-physiologiques, les modalités d'investissement et de lien, le type de portage, le son des voix, tout va paraître familier à ce bébé qui y retrouvera des modalités qu'il a déjà enregistrées pendant la gestation. La rencontre néonatale constituera, dès lors, un espace de retrouvailles.

Une toute autre situation peut être observée dans des cas particuliers de substitution radicale au moment néonatal. C'est une situation qu'on ne pourrait fabriquer artificiellement pour des raisons éthiques mais qu'on peut rencontrer dans des contextes institutionnels, comme par exemple l'accompagnement des bébés candidats à l'adoption. En France et en Belgique, la loi autorise les femmes à confier en adoption, dès la naissance, un bébé dont elles ne peuvent s'occuper.

Dans ces cas, c'est un soignant qui accueille le bébé à la sortie de la maternité. On peut alors observer comment le bébé anticipe, sur celui qui l'accueille, les caractéristiques de l'autre humain qui l'a porté.

Ainsi, un bébé sera agité, inconsolable, difficile à porter ou, au contraire, calme et se lovant dans les bras, selon les modalités qu'il aura éprouvées pendant la gestation.

Cette anticipation sur la personne du soignant se fait sur un mode littéralement transférentiel, au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire que le bébé est déjà organisé en fonction de la place et des modalités relationnelles qu'il a entretenues pendant la gestation, et il aura tendance à les répéter sur l'autre néonatal. C'est ce qui me fait parler de transfert chez le nouveau-né humain.

Dans le cas de continuité pré et post-natale, cela paraît naturel et passe habituellement inaperçu, mais dans le cas de bébés accueillis à la naissance, le désir propre de relation à l'autre qu'a le bébé, c'est-à-dire la *qualité* de son appétence symbolique, peut aider ou au contraire entraver la rencontre néonatale, et aller jusqu'à mettre en danger sa survie.

Nous le verrons plus loin dans les exemples de Gabriel et Alice.

Qu'est-ce que l'appétence symbolique du nouveau-né ?

L'appétence symbolique est le constat de l'existence, chez le bébé bien portant dès la naissance, d'un désir de relation à l'autre en dehors de toute satisfaction des besoins de la survie.

Elle correspond, sans doute, à la mémoire que le bébé garde de sa période de gestation. Lorsque le bébé est bien-portant, au sens où ces traces sont positives, elle constitue l'ouverture, la « voie royale » de la mise en place du lien avec l'autre de la relation néonatale, généralement le parent.

Cependant, suite à de conditions difficiles et complexes lors de la conception et la gestation, les traces mnésiques que le bébé a gardées de cette période, au lieu de faciliter sa rencontre avec l'autre, peuvent parfois l'en détourner.

Je voudrais illustrer cette proposition par l'histoire de deux bébés dont j'ai eu à m'occuper dans le cadre d'une pouponnière. Elle nous permettra de comprendre l'importance de l'appétence symbolique dans l'établissement du lien à l'autre, ou au contraire la façon dont celle-ci peut non seulement l'entraver mais aussi aller jusqu'à mettre en danger la survie du bébé.

L'observation en pouponnière : l'histoire de Gabriel et Alice

Gabriel et Alice sont deux bébés de quelques jours qui arrivent à une pouponnière de la région parisienne suite à une naissance sous le secret. Les bébés accueillis dans ce contexte sont censés effectuer un bref séjour dans l'institution : les deux

mois du délai de rétractation consenti aux mères biologiques avant de partir en adoption. Ce délai se transforme souvent en trois ou quatre mois d'accueil, suivant les besoins de chaque bébé.

Bien qu'ils aient en commun des circonstances de naissance particulièrement dramatiques, Gabriel et Alice ne se ressemblent pas.

L'histoire de Gabriel

Voici les quelques éléments de l'histoire de Gabriel dont nous disposons à son arrivée à la pouponnière : il est le dernier d'une fratrie de quatre. La survenue de la grossesse semble non viable sur le plan symbolique pour sa mère. Est-il un enfant illégitime, adultérin ? En tout cas, après avoir échoué à « faire passer » le bébé, la mère réussit à cacher la grossesse à son entourage et finit par prendre une triple dose médicamenteuse (tentative de suicide ?), ce qui provoquera son hospitalisation et l'accouchement à 8 mois de terme.

Gabriel naît et est confié en adoption. La mère le laissera à la maternité, où elle reviendra cependant au bout de 48 h. en apportant un pyjama, deux doudous et le nom des médicaments qu'elle avait pris, « pour que le bébé puisse être soigné ».

Gabriel est transféré en réanimation néonatale pour syndrome de sevrage et stridor. Bien que le stridor soit une affection bénigne, due à une malformation de l'orifice supérieur du larynx, son bruit striduleux se répète à chaque mouvement respiratoire et s'amplifie lorsque l'enfant pleure ou s'agite, ce qui le rend anxiogène pour l'entourage. Gabriel restera trois semaines en réanimation et réussira à surmonter l'état d'intoxication médicamenteuse ; cependant, le stridor sera encore présent au moment de son arrivée à la pouponnière.

Gabriel, qui est âgé d'une semaine, se présente alors comme un bébé très agité, difficile à porter,

inconsolable, dont on ne peut accrocher le regard. L'auxiliaire qui assure son accueil tente de le prendre dans les bras, mais il semble dans l'impossibilité de se laisser porter : il est à la fois hypertonique, raide et tendu, et son corps paraît complètement « désarticulé » : il est impossible à contenir.

Dans sa tentative d'entrer en contact avec lui, l'auxiliaire lui propose un biberon : Gabriel saisira la tétine dans sa bouche mais ne boira pas le lait. Au bout de quelques instants, il recommencera à s'agiter et repartira dans ses pleurs inconsolables.

Dans les jours qui suivent, Gabriel reste inaccessible aux soins que ses auxiliaires tentent de lui donner : aucune structuration d'un dedans-dehors ou d'une temporalisation ne semble se mettre en place. La fragmentation ne correspond pas seulement au corps de Gabriel mais aussi à l'ensemble de son rapport au monde extérieur.

L'équipe se sent en échec, impuissante à lui venir en aide, et crie au secours. Le danger de devoir le renvoyer à l'hôpital pour gavage se profile à l'horizon.

Lors de la première rencontre de travail autour de Gabriel il a 5 semaines, il est à la pouponnière depuis 15 jours et il a une semaine d'âge corrigé.¹ Ces premiers 15 jours à la pouponnière ont permis une amélioration : de brefs moments de détente entrecourent ses pleurs inconsolables et le sommeil est un peu moins agité. Il reste néanmoins très difficile à apaiser, et ni les paroles adressées ni le regard attentif, pas plus que le nourrissage ou le portage dans les bras ne semblent lui apporter de soulagement durable. La présence de l'autre ne semble pas s'inscrire pour Gabriel, et le contact reste impossible à établir. L'évitement relationnel est massif.

1. En cas de prématurité, on appelle « âge corrigé » l'âge chronologique de l'enfant auquel on déduit le délai de son temps de gestation manquant, et ce, pendant la première année de la vie. Par exemple, un bébé né à 7 mois de grossesse, on dira, qu'il a 6 mois d'âge réel (AR), mais 4 mois d'AC (d'âge corrigé).

Une première idée me vient à l'esprit : c'est que probablement les soins qui lui ont été apportés en réanimation néonatale ainsi que les premiers soins donnés à la pouponnière sont des soins attentifs et de grande qualité, mais qui ne s'adressent pas à Gabriel là où il en est dans sa construction de sujet : ils s'adressent à un Gabriel supposé petit garçon déjà né et construit alors que, compte tenu de son histoire et de son développement, il ne peut manifestement pas se les approprier. Il y a un réel décalage entre Gabriel et la représentation que se font de lui les personnes qui s'en sont occupées.

Lors de cette première observation en ma présence, la reconstruction des éléments depuis son arrivée constitue déjà une première enveloppe psychique pour Gabriel : dans la représentation que se font de lui ses auxiliaires, il devient, non pas déjà Gabriel, mais Gabriel en quête de Gabriel, Gabriel en attente de devenir Gabriel, et elles commencent à pouvoir le penser comme n'étant pas encore construit. Elles peuvent également commencer à se penser elles-mêmes comme devant fournir les éléments stables sur lesquels cette construction va pouvoir s'appuyer.

Précisons que cette première rencontre réunit les auxiliaires de jour, les veilleuses de nuit, la chef de service, la psychologue, la directrice et moi-même. Nous faisons un véritable travail sur les représentations. Nous parlons du fantasme du corps morcelé et de la manière dont le bébé a besoin d'intérioriser un contenant externe stable, une enveloppe qui lui serve de première représentation de sa propre stabilité, ainsi que d'une première différenciation dedans-dehors.

Nous parlons de la mère de Gabriel, nous essayons de nous représenter sa souffrance, et de laisser s'exprimer, surtout pour les auxiliaires, la tendance première à mal la juger pour avoir voulu « faire passer le bébé » et ensuite pour avoir voulu « disparaître avec lui ». Nous nous laissons imprégner par la question de la mort, qui est encore si présente dans l'histoire

de Gabriel : son stridor, toujours très bruyant, devient plus discret, mais les auxiliaires ont bien observé qu'il s'accroît dès qu'elles le posent et qu'il se désorganise à nouveau.

Dans les jours qui suivent, après cette première tentative de penser Gabriel, apparaissent deux comportements nouveaux : un agrippement par le regard doublé d'un agrippement par la succion. Après l'évitement du regard initial, Gabriel ne « lâche » plus l'adulte à portée de son regard, mais manifeste comme dans une tentative continue et désespérée de le retenir auprès de lui : ce regard n'est pas encore un regard adressé, ce n'est pas encore un échange de regards... Par ailleurs, la tétée des premiers temps, où Gabriel ne trouvait aucun apaisement durable, fait place à un agrippement par la succion : il préfère téter le doigt de son auxiliaire plutôt que le lait du biberon, même quand il a faim.

Malgré l'inquiétude, nous saluons avec soulagement ces nouveaux comportements : nous comprenons qu'enfin la faim symbolique est en train de s'intriquer à la faim physiologique chez lui.

La deuxième rencontre avec Gabriel a lieu alors qu'il a sept semaines et trois semaines d'âge corrigé. Bien que les deux sortes d'agrippements constituent les premières traces du rapport à l'autre naissant, ils ne semblent pas suffire à construire la permanence d'un rapport sécurisant : Gabriel reste agité et inconsolable, se nourrissant peu et mal, et l'approche de son départ en adoption accentue le sentiment général d'urgence. Nous avons l'impression d'une course contre la montre, tandis que Gabriel reste lointain et inaccessible à nos efforts.

Après un long moment passé auprès de lui et de son auxiliaire, pendant lequel j'observe à nouveau que son corps se désorganise et n'arrive pas à se rassembler, même dans les bras de l'auxiliaire qui tente de le contenir, je m'adresse à lui en lui disant : « Je crois, Gabriel, que tu penses à ta maman qui croyait

que tu ne pouvais pas vivre. Et qu'il faut que nous te portions jusqu'à ce que tu sentes que tu peux vivre, que nous désirons que tu vives et que tu sois prêt à venir nous rencontrer. » Et en m'adressant à son auxiliaire : « Il va falloir mettre Gabriel en kangourou, et le porter tout le temps, tant qu'il ne dort pas, jusqu'à ce qu'il n'en ait plus besoin. »

Sans le soutien de la responsable, le projet n'aurait pas pu être mené à bien car il était nécessaire d'impliquer l'ensemble de l'équipe. Dans les faits, les auxiliaires de son groupe, les veilleuses de nuit, la chef de service et même la directrice en personne se relayèrent pour un portage en continu. Nous avions mis comme condition au portage que les adultes candidats soient désireux de le faire. Les auxiliaires qui ne souhaitèrent pas participer furent autorisées à ne pas le faire – sans avoir à se justifier. Ainsi, celles qui portèrent Gabriel le portèrent doublement, non seulement contre leur poitrine mais aussi dans leur désir.

Nous avons beaucoup travaillé avec les auxiliaires sur la différence de ce portage en kangourou contre soi, en soi, qui est différent du portage dans les bras : nous portons dans les bras un bébé qui est un autre que nous, avec qui nous communiquons par la parole et le regard : nous portons en kangourou contre nous, en nous, un bébé susceptible de devenir un autre que nous, en cours de devenir un autre que nous...

L'équipe a porté Gabriel de manière continue, en se relayant nuit et jour, tant qu'il ne dormait pas. Au début, les auxiliaires portèrent Gabriel dos contre poitrine, parce que le face-à-face était sans doute trop violent pour lui, et relançait l'évitement. Dans les jours qui suivirent, dès qu'il commença à donner signe de se tourner en une recherche active du regard de l'adulte qui le portait, les auxiliaires placèrent Gabriel poitrine contre poitrine, ce qui rendit possible l'échange des regards. Au bout d'une semaine, Gabriel commença à s'éveiller et à

s'intéresser de plus en plus à la parole et au regard, et au bout de dix jours, l'évitement oculaire et relationnel s'était presque estompé. Vers le quinzième jour, le portage en continu fut arrêté, Gabriel n'en ayant plus besoin : il pouvait désormais être porté dans les bras. Quand je suis passée le voir dans le service, il était devenu un bébé calme et souriant, très disponible à la relation à l'autre, qui « buvait » mes paroles dès que je m'adressais à lui... Que s'était-il passé ?

Mon hypothèse est que Gabriel avait besoin de régresser pour aller retrouver quelque chose qui lui avait manqué, non pas depuis sa naissance mais depuis son temps de gestation. Tout se passait comme si, pendant la gestation, la construction de son contenant psychique à partir de l'investissement maternel n'avait pas pu se faire. Peut-être que le projet de mort qui a présidé à son existence depuis sa conception l'en avait empêché. Et on peut postuler que le fait que l'équipe de la pouponnière lui ait offert la possibilité de « refaire un séjour intra-utérin qui le désire vivant » lui a permis d'accéder à cette appétence symbolique qui fonde le rapport à un autre différencié.

L'histoire d'Alice

Alice est une petite fille née sous le secret après le terme, dans des circonstances particulièrement dramatiques : sa jeune maman lutte pendant deux jours contre les contractions pour empêcher Alice de naître. De ses propres dires, « le monde n'est pas assez bon pour y naître, et elle veut épargner à sa fille le sort terrible d'être dans le monde ».

Une intervention autoritaire des pompiers sera nécessaire pour hospitaliser la mère et délivrer Alice avec des forceps contre la volonté de sa mère qui se débat : Alice naîtra avec une clavicule cassée, le crâne déformé, deux énormes blessures béantes balafant son cuir chevelu.

Transférée en réanimation néonatale niveau III, mise sous morphine, gavage et assistance respiratoire, Alice réagira vigoureusement en quelques jours. Arrivée à la pouponnière, elle entrera facilement en contact avec les auxiliaires qui l'accueillent, se laissera porter par elles ; son appétit est bon, son sommeil calme et elle se montre rapidement très éveillée.

Toutes les traces de sa naissance traumatique se sont estompées au bout de quelques semaines : seules les plaies sur le cuir chevelu semblent vouloir nous empêcher d'oublier trop vite d'où elle vient. Ses auxiliaires sont unanimes : Alice ne les inquiète pas. Elle est très douce, se love dans les bras, regarde dans les yeux, gazouille et se montre très intéressée par la voix. Elle s'endort et se réveille calmement.

Comment comprendre ce qui s'est passé ?

Malgré l'aspect traumatique de son arrivée dans le monde, le message qu'Alice reçoit pendant sa gestation est un message de vie. Même si paradoxalement elle l'a mise en danger de mort au moment de sa naissance, cette mère voulait pour sa fille une véritable existence, qu'elle ne se sentait pas en mesure de lui offrir compte tenu de l'expérience qu'elle avait du « monde ».

Nous travaillons avec les auxiliaires ce message paradoxal, qui semble pourtant avoir si bien permis à Alice de se laisser accompagner par d'autres dans la vie « bonne » que sa mère lui a souhaitée. *A contrario*, il me semble qu'à aucun moment Gabriel n'ait reçu d'autre message que celui lui demandant de disparaître, de ne pas exister. Il semblerait que cette impossibilité d'une existence symbolique l'ait rivé à cet état de non-construction dont les bons soins de la néonatalogie et de la pouponnière n'arrivaient pas à le guérir. Il a fallu permettre à Gabriel de régresser avant sa naissance pour y modifier cette inscription, en lui transmettant cette fois un désir de vie.

L'établissement du lien à l'autre : positions maternelle et paternelle

Lorsque nous pensons aux soins primaires, nous avons l'habitude de penser les phénomènes en fonction de la personne en chair et en os qui les incarne le plus souvent : celle que familièrement nous appelons la maman.

Pourtant, dans les modalités de parentalité largement remaniées de notre société, le père non seulement participe souvent aux soins de jeunes enfants, mais la composition même de la constellation familiale peut être modifiée : familles monoparentales, homoparentales, ou reconstituées. Nous savons aussi que certains enfants – suite à une adoption ou à une défaillance parentale grave – devront être élevés par d'autres que leurs parents biologiques. Ou encore, dans certaines organisations culturelles traditionnelles – dont parfois certaines modalités sont encore présentes dans les milieux de familles migrantes – l'éducation des enfants est assurée de manière groupale.

Ainsi, lorsque la configuration de l'entourage s'éloigne trop du triangle classique « papa-maman-bébé », comme par exemple dans les familles monoparentales ou reconstituées, ou dans le cas des bébés élevés en institution par des équipes soignantes, ou encore des bébés élevés selon d'autres modalités culturelles, nous pouvons être en perte de repères. En effet, il peut être difficile de discerner quand le lien proposé à un bébé, au-delà des personnes qui l'incarnent, est porteur des qualités nécessaires à son développement. Nous pouvons alors être inquiets ou rassurés sans avoir forcément raison.

Autrement dit, au-delà des personnes, qu'est-ce qu'une mère ? qu'est-ce qu'un père ? pouvons-nous cerner quelque chose de leur fonction ?

Au-delà des êtres humains que sont les parents ou les membres des équipes soignantes, il me semble possible de proposer que ce que nous appelons père et mère, ou plutôt leurs fonctions, sont deux positions dans le lien primordial, deux modalités différentes d'entrée en contact entre le bébé et son autre de la relation. Et de postuler que ce lien ne saurait être porteur des qualités nécessaires au développement du psychisme du bébé que dans la mesure où il comporte ces deux versants, ces deux modalités, et qu'elles se trouvent être dans une articulation dialectique et équilibrée. Voyons pourquoi.

La position maternelle

À l'instar du réel biologique pendant la gestation et l'allaitement (et je dis bien à l'instar, et non pas à cause du réel biologique, car il n'y a pas de déterminisme absolu), moments où le corps du bébé se construit littéralement à partir des substances du corps maternel, la mère continue à occuper après la naissance, lorsque s'engagent les échanges, une place attributive : la mère pense son bébé, elle lui attribue des contenus psychiques, des goûts, des pensées. En procédant ainsi, elle lui attribue le contenu de ses propres pensées, conscientes et inconscientes, ou les énoncés de son désir, toutes représentations qu'elle projette lui – ce que Winnicott appelait la folie des mères dans la « préoccupation maternelle primaire ».

C'est la **dimension attributive** de la position maternelle : au gré de la place qu'il occupe dans son désir, le bébé devient du plus beau et plus gentil au monde, qui la comble au-delà de toute espérance, au plus sombre persécuteur qui, dès qu'il se manifeste, la déborde et la maltraite. La mère littéralement désigne, crée en nommant, le « tu es » gentil ou

méchant, comblant ou décevant, ce qui lui donne une puissance créatrice, mais qui peut devenir mortifère si on y reste pris !

En attribuant ses pensées et ses ressentis, la mère *sait* pour le bébé, elle sait pour lui comme elle sait pour elle-même : elle se prend pour lui ou elle le prend pour un morceau d'elle-même. C'est la **dimension transitive** de la position maternelle, comme nous le verrons plus loin dans l'exemple de Mathias. La mère opère manifestement une effraction symbolique, un forçage, mais un forçage nécessaire car il construit le sujet : c'est ainsi que le bébé est « happé » dans l'univers symbolique, qu'il entre dans l'univers des représentations, et qu'il accède à l'intersubjectivité. Sans ce forçage, le bébé resterait hors sens, pur réel, ce qui peut arriver dans les carences graves ou dans les déficits consécutifs aux troubles graves du développement.

Le lien précoce dans son versant maternel est donc attributif et transitif, et sa dimension créatrice correspond à la toute-puissance originaire de la mère, qui peut s'avérer mortifère si le sujet en reste prisonnier.

Les femmes se situent plus volontiers dans le versant maternel car, à l'instar du réel biologique de la grossesse et de l'allaitement, où il y a continuité biologique entre le corps de la mère et celui de l'enfant, le bébé, au moment de la naissance, continue à être ressenti comme « un morceau du corps de la mère ». Cependant, il n'y a pas véritablement de causalité. Car il existe le même rapport entre le réel biologique de la gestation, comme aussi les positions parentales dans le lien précoce, qu'entre la différence anatomique des sexes et les positions féminine et masculine dans le désir. Ce rapport, complexe, ne constitue pas, loin s'en faut, un déterminisme absolu.

Par contre, c'est cette position du bébé dans le désir inconscient féminin qui est à l'origine des difficultés dites « de séparation » rencontrées fréquemment par les mères lorsque l'enfant grandit : c'est que le deuil de cette continuité imaginaire doit être accompli !

La position paternelle

À l'instar du réel biologique de la gestation et de l'allaitement, qui se déroulent en dehors de son corps, le bébé est conçu d'emblée comme un *autre* par l'homme. Et l'homme se situe plus volontiers en position paternelle dans les échanges parce que le bébé n'est pas ressenti par lui comme une partie de son corps. Ainsi, au lieu de lui attribuer ses propres pensées, le père se positionne dans la question « *qui es-tu ?* », laquelle introduit une coupure et aménage l'espace dans lequel pourra émerger le nouveau sujet.

La position paternelle fonde l'altérité du bébé, c'est-à-dire sa différence à l'autre, dimension qui peut être mise à mal par la position maternelle. Le « *qui es-tu ?* » paternel est littéralement le pendant du « *tu es* » maternel, et ainsi le lien précoce dans son versant paternel correspond à la capacité séparatrice du père et à sa fonction régulatrice de la toute-puissance primordiale de la mère.

Et c'est de l'équilibre dialectique des positions maternelle et paternelle que résulte l'accession, pour un enfant, à son espace psychique propre. Voyons comment.

L'exemple de l'échange nourricier

Lors de l'échange nourricier, la mère organise ses réponses aux besoins du bébé grâce à sa capacité à projeter sur lui des désirs semblables aux siens : le bébé s'agite, elle lui attribue le désir d'être nourri, en rapport avec son désir – et son plaisir! – à elle de le nourrir. Elle se positionne dans le versant maternel.

Cependant, l'échange ne sera réellement satisfaisant que si la réponse du bébé – refus par exemple, ou simplement signe de satiété – est respectée par la mère, c'est-à-dire si elle modifie son attitude en fonction de la réponse du bébé. Si, au-delà de son

désir à elle, la mère se montre capable d'admettre l'altérité du bébé, qui la prive de sa toute-puissance à décider pour lui, on peut dire qu'elle se positionne alors sur le versant paternel.

Par contre, si la mère fait « la sourde oreille » aux manifestations du bébé, et qu'elle exerce alors sa toute-puissance primordiale, cela entraîne fréquemment des difficultés, comme des refus alimentaires par exemple.

Si nous considérons que ces deux versants sont deux positions dans les échanges du lien primordial, nous voyons immédiatement que la maman et le papa, la femme et l'homme géniteurs dans la réalité, adoptent de manière variable et inégale, voire parfois inversée, les deux positions dans la relation. En effet, les femmes ont plus d'affinités avec la position maternelle, alors que les hommes incarnent plus spontanément le versant paternel, car cela correspond à la dissymétrie de la position du bébé dans les désirs inconscients féminin et masculin. Néanmoins, l'expérience clinique montre que les hommes et les femmes bien portants et heureux d'assumer la parentalité de leur enfant ont la capacité d'incarner les deux versants, c'est-à-dire d'occuper, tour à tour, chacune des deux positions.

L'exemple de Mathias et sa maman frileuse

La maman de Mathias est une dame particulièrement frileuse. Par des journées ensoleillées que la plupart de gens considèrent comme chaudes, elle a « frais ». Ainsi, Mathias est régulièrement couvert des pieds à la tête, porte cagoule et bonnet alors que la température est particulièrement clémente. Mathias transpire, envoie des « signaux » de sa différence, mais rien n'y fait : il reste couvert.

Cette observation, fréquente et banale, nous met en position d'observer le versant maternel du lien

précoce : la maman a procédé de manière *attributive* – Mathias ressent la même fraîcheur qu'elle, il n'y a pas de place pour une autre sensation thermique que celle de la mère –, et de manière *transitive* : la maman a froid, donc elle couvre Mathias. Qui est le sujet de cet acte ? Force est d'admettre qu'il n'y en a qu'un, ou encore deux sujets confondus.

Le versant paternel du même lien aurait pu être observé si, dans la suite des événements, la maman venait à admettre, au vu des grosses gouttes qui perlent sur le front de Mathias, qu'il a trop chaud, qu'il est donc différent d'elle, et le découvrirait un peu alors qu'elle-même continue à avoir toujours aussi frais ...

La position paternelle introduit une limite à la toute-puissance primordiale de la mère : en effet, grâce à la coupure paternelle, le bébé quitte ce statut de prolongement de la mère et n'est plus de ce fait totalement prévisible, totalement compréhensible, totalement en son pouvoir. La position paternelle introduit la dimension de l'altérité et garantit ainsi l'espace où le psychisme de l'enfant va pouvoir se déployer.

Nous voyons dans cet exemple très simple et quotidien comment seule l'articulation équilibrée des deux positions peut garantir à l'enfant son accession à un espace psychique propre.

L'exemple d'Alexis, l'enfant qui avait « trop de mères »

L'histoire d'Alexis, petit garçon dont le papa, *qui était pourtant bien là et très aimant, s'étant mis à faire la mère, l'a laissé dépourvu de père*, cette histoire, donc, me semble particulièrement exemplaire de la façon dont la présence, en termes de réalité, des deux parents géniteurs ne suffit pas à garantir la dialectique des positions dans la relation.

Alexis a 2 ans lorsqu'on conseille à ses parents de consulter pour une instabilité très importante, absence de limites et troubles du sommeil.

C'est ainsi que je le rencontre, accompagné de ses deux parents. La mère, une jeune femme calme et posée, est très désireuse de consulter car elle avoue « ne rien comprendre » à ce qui arrive à Alexis et être sur le point de « rendre son tablier ». Elle n'en peut plus. Le père, plus réservé, accepte la consultation mais estime que « tout ça est bien normal et que ça finira bien par lui passer ».

L'entretien, qui durera presque deux heures – au cours desquelles Alexis mettra la pièce à sac, comme pour acculer son père à l'aveu d'impuissance – révélera que le père a perdu sa propre mère à un âge précoce, qu'il ne peut préciser, perte qui a déterminé de nombreux placements dans son histoire et dont il dira « qu'il ne s'en est jamais remis ».

Lorsqu'Alexis est né, le père demande à sa femme d'arrêter de travailler pour s'occuper de l'enfant, car « pour une mère, sa place est auprès de son enfant » (ce sont ses termes). La jeune femme accepte, pleine de bonne volonté, mais au bout d'un an elle n'y tient plus : elle étouffe entre couches et casseroles et décide de reprendre la vie professionnelle. Quelque chose s'effondre à ce moment-là pour le père, qui désormais s'identifiera massivement à son fils, sous la forme du petit garçon en manque de mère qu'il a lui-même été : il va se mettre pendant six mois en disponibilité pour « s'occuper correctement » (ce sont ses termes) de son fils.

Ne pouvant prolonger la disponibilité, le père reprendra ensuite le travail. Et commencera alors une vie trépidante où chaque instant en dehors du travail sera entièrement consacré à son fils, à qui il ne peut rien refuser.

Il est facile de percevoir la limpidité de la structure de cette histoire : il a beau être le papa et le généri-

teur de son fils, cet homme *fait* néanmoins la mère, et la mère TOUTE, toute-bonne, toute-puissante, toute-donnante, image immuable, jamais érodée par l'écoulement du temps et de l'histoire... c'est-à-dire l'image de la mère à laquelle il est resté fixé à la suite de la perte de sa propre mère.

Alexis montre donc la symptomatologie d'une des formes de la « clinique du père » : instabilité, absence de limites et troubles du sommeil – ces derniers étant assimilables à des difficultés de séparation.

Ces exemples cliniques nous permettent de voir comment la structuration de l'enfant est étroitement corrélée à un équilibre des deux positions, maternelle et paternelle, dans le lien qui relie l'enfant au monde extérieur, via ses parents ou les adultes qui s'occupent de lui.

Signes positifs de développement et signes de souffrance précoce

Clinique de la première année de la vie : une nouvelle lecture

Au cours de mon expérience, j'ai repéré dans la clinique fonctionnelle du bébé un certain nombre de *signes observables* qui me semblent être la traduction d'états de souffrance chez le nourrisson. Ces états de souffrance doivent être compris comme relevant à la fois du somatique (c'est-à-dire du corps) et du relationnel.

Ces signes sont pour la plupart bien connus des professionnels de la petite enfance et en particulier des médecins, mais lorsqu'ils sont rencontrés, par exemple en situation de consultation pédiatrique ou dans les institutions d'accueil de la petite enfance, leur présence produit un certain malaise. Ce malaise est dû au fait que souvent le repérage de ces signes est incertain, autant du point de vue de leur étiologie que de leurs diagnostic et pronostic.

Partagés entre le désir de ne pas alarmer inutilement les parents et le souci de ne pas « passer à côté » de quelque chose de grave, les médecins que j'ai rencontrés témoignent volontiers de leur sentiment de « jouer aux apprentis sorciers » s'ils en disent quelque chose, ou de dénier ou banaliser, en partie pour se rassurer eux-mêmes, s'ils affirment « que cela passera », « qu'il va grandir ». Et en tout cas, ils disent souvent se sentir démunis quant à la conduite à tenir, l'introduction d'une consultation spécialisée s'avérant la plupart du temps difficile à mettre en place pour des raisons multiples, à la fois

de disponibilité de ce type de consultation comme des résistances des familles.

Mon propos est donc de tenter d'articuler les signes fonctionnels de la clinique du premier âge au registre pulsionnel afin de promouvoir une lecture qui appréhende la dynamique relationnelle dans laquelle le signe est pris. Mon hypothèse est qu'une meilleure *lisibilité* de ces signes pour les médecins et professionnels de la petite enfance peut conduire à une amélioration de la prévention des troubles relationnels précoces en milieu tout-venant, et ce, en amont des consultations spécialisées.

Il me semble aussi possible d'espérer que cette lisibilité permette aux équipes de prévention de faire la distinction entre les situations qu'elles peuvent prendre en charge elles-mêmes, dans les lieux d'accueil, de vie ou de consultation des nourrissons, et celles qui relèvent, d'une manière plus ou moins urgente, d'une prise en charge spécialisée.

Signes de développement et signes de souffrance

C'est donc dans la double modalité – positions maternelle et paternelle – des échanges du bébé dans son lien à l'autre que nous allons pouvoir identifier les signes positifs de développement et les signes de souffrance.

Si les deux positions sont présentes et équilibrées dans les échanges, apparaissent alors les signes positifs de développement, qui témoignent de ce que les processus psychiques sous-jacents sont à l'œuvre et se déroulent comme prévu, alors que les signes de souffrance apparaissent lorsqu'il y a déséquilibre ou défaillance de l'une d'entre elles.

À l'intérieur des signes de souffrance précoce, on peut identifier deux séries : la série « bruyante » et la série « silencieuse ». Les signes de la série bruyante

ont la qualité d'alerter l'entourage, d'où leur appellation de « bruyante », et ils apparaissent lorsqu'il y a un excès de la position maternelle (excès de la position attributive). Ces signes correspondent à un acte du bébé : le bébé est actif, et se manifeste pour soutenir son altérité – et, ce faisant, tente de soutenir voire de suppléer à la dimension paternelle défaillante.

Un déficit de la fonction attributive – absence psychique de la relation, une mère immature ou perturbée psychologiquement, ou encore l'anonymat des soins dans une institution peu attentive – induit l'apparition de signes de souffrance de la série silencieuse : le bébé n'arrive pas à accéder à l'inscription signifiante. Il se laisse aller à une passivité et à une atonie qui peut rendre ce type de signes silencieux extrêmement *confortables* pour la prise en charge, ce qui fait que les signes de cette série peuvent passer inaperçus, voire être pris pour des signes positifs de développement. Ce qui rend cette série potentiellement plus dangereuse pour le bébé.

Voyons comment l'ensemble de ces signes peut être observé dans les grands registres de l'échange entre le nouveau-né et son partenaire de la relation néonatale.

Les trois registres fondamentaux de l'échange au cours de la première année de la vie

La satisfaction des besoins primaires, pourtant si pressants au début de la vie, prend d'emblée une dimension symbolique chez les humains : la pulsion est cet aspect particulier de la vie psychique qui correspond au couplage de la satisfaction du besoin (être nourri, porté, réchauffé) à une satisfaction relationnelle où celui qui l'apporte n'est pas anonyme et éprouve à son tour une satisfaction à le faire.

Cela opère l'intrication des besoins du corps à la dimension relationnelle de la satisfaction de la pulsion. Ainsi, le fonctionnement circulaire de la pulsion

constitue littéralement une courroie de transmission entre le sujet et l'autre, assurant non seulement la satisfaction des besoins mais aussi, au-delà, la transmission des représentations – la prise du sujet dans l'univers du sens – qui nécessite la participation active du nouveau-né dans la rencontre primordiale.

Car l'expérience clinique confirme le fait que le nouveau-né participe à sa construction dans la relation à l'autre. L'appétence symbolique n'est pas autre chose que le constat de l'existence, dès la naissance chez le bébé bien portant, d'un désir de relation à l'autre en dehors de toute satisfaction des besoins de la survie.

Les trois registres fondamentaux de l'échange où le nouveau-né a affaire à son autre de la relation précoce au cours de la première année de la vie sont respectivement l'oralité, qui renvoie au statut symbolique de l'échange nourricier, la spécularité, qui intéresse la question du regard, et l'invocation, registre des échanges sonores qui touche à la question de la voix. La question anale, elle, ne survenant qu'à cours de la deuxième année de la vie, nous ne l'aborderons pas ici.

Si l'on considère, en termes d'âge de développement, la première année comme s'étendant jusqu'au 15ème mois environ, la pulsion a opéré, à cet âge, l'ensemble des mises en place que nous allons décrire dans le développement du nourrisson bien portant.

L'oralité

Pendant la tétée, le bébé prend plaisir à se gorger, non seulement de lait mais également de la présence de la personne qui le nourrit. Ainsi, la satisfaction du besoin (remplir son estomac d'aliments pour apaiser la faim) semble reléguée au second plan par rapport à cet autre apaisement spécifique apporté par la présence de l'autre, par la qualité de son investissement

: la mère se *mire* dans le bébé qui tète son sein, et y lit sa qualité de bonne mère, tout comme le bébé se *mire* dans le regard de sa mère et y lit la jouissance que son plaisir déclenche en elle.

Le *signe positif de développement* n'apparaît que lorsque l'échange nourricier est empreint de ce plaisir partagé, ce qui ne peut survenir que lorsque les manifestations du bébé sont bien respectées par la mère (dimension paternelle).

Signes de souffrance

Mais dans toutes les histoires alimentaires de la première année, ce qui se passe dans l'estomac ou dans le biberon est rarement en cause et, lorsque c'est le cas, la chose est très vite résolue. Ce qui rend la situation complexe, c'est la dimension de « métaphore d'amour » que prend l'échange nourricier : quand le bébé prend le sein ou le biberon, ce n'est pas le lait qu'il boit, c'est sa mère qu'il aime. Et s'il refuse le sein, ce n'est pas le lait qu'il refuse, c'est de sa mère qu'il ne veut pas.

Ces vécus violents de rejet que peuvent exprimer les mères face à un refus alimentaire de leur nourrisson correspondent à cette dimension symbolique que prend chez les humains l'échange nourricier. Ces vécus sont souvent à l'origine de réponses de « forcing » alimentaire qui accentuent le refus du bébé, risquant alors d'entraîner un cercle vicieux, douloureusement vécu par les deux. Ce sont des signes du registre *bruyant* car ils alertent toujours l'entourage et conduisent vers des consultations spécialisées.

A contrario, si le nourrissage est anonyme, l'objet alimentaire n'accède pas au statut d'objet de la pulsion orale, c'est-à-dire à son statut symbolique de don de l'autre qu'on reçoit au nom de l'amour. Ce sont les signes du registre *silencieux* : l'alimentation reste rivée au statut de pur besoin, et le bébé peut se laisser remplir passivement, sans plaisir ni investissement aucun de la relation. Ce signe, silencieux,

est particulièrement dangereux pour le bébé, parce que, du moment que ce dernier s'alimente, il peut passer inaperçu d'une mère absente ou perturbée, ou encore d'équipes soignantes peu attentives ou débordées.

L'anorexie sévère du nourrisson, qui est un tableau grave et peu fréquent de pronostic léthal à court terme, est là pour nous montrer, pour mettre à nu ce que sous-tend la relation alimentaire : un sujet peut refuser très tôt, parfois au péril de sa vie, la satisfaction du besoin au nom de sa reconnaissance en tant qu'être de désir.

Un tel tableau nous permet de vérifier que, pour les humains, l'existence – au sens psychique du terme – prime toujours sur la survie.

Même si l'ensemble de ces phénomènes est globalement bien connu de la plupart des parents et professionnels, il n'est pas inutile de le rappeler ici, car réduire l'oralité à ce qui est strictement du registre alimentaire nécessaire à la survie, expose souvent parents et médecins au danger de la rabattre purement et simplement au ras du besoin en négligeant sa dimension symbolique, c'est-à-dire ce en quoi l'oralité intéresse la question du désir, et traduit une parole du bébé.

Un exemple clinique va nous permettre d'appréhender comment l'objet alimentaire peut ne pas parvenir à se constituer en objet oral.

L'exemple de Christelle, qui fouille dans les poubelles

Christelle est 3ème enfant d'un couple très marginal, vivant en complète autarcie. Avec sa sœur jumelle et son frère de deux ans, elle a été placée en pouponnière, en urgence, par décision judiciaire à l'âge de 6 mois suite à des négligences graves et de mauvais traitements.

En effet, sa mère faisait de fréquents épisodes délirants au cours desquels elle enfermait les enfants dans une caisse sur le balcon, où ils hurlaient des heures durant jusqu'à ce que les voisins, inquiets, avertissent les services sociaux.

À son arrivée à la pouponnière, Christelle est un bébé mou, elle semble absente et son regard est fuyant. Elle se balance violemment pour s'endormir ainsi qu'à de nombreux moments dans la journée, et ne semble pouvoir s'arrêter que lorsque quelqu'un la prend dans les bras. Aussi bien, les carences de soins et les carences alimentaires qu'elle a subies sont au premier plan dès le départ. Il est donc possible de comprendre que l'équipe qui l'accueille, prise dans l'urgence d'y pallier, va se précipiter à lui fournir, si je puis m'exprimer ainsi, satisfaction à ses besoins.

Ce qui malheureusement, dans les mois qui suivent, va perpétuer la carence à laquelle l'équipe était censée pallier, quelle que soit la qualité et la quantité de la nourriture et des soins dispensés, dans la mesure même où ceux-ci sont conçus comme purs objets du besoin. Et quelques mois plus tard, Christelle, toujours mutique, présente un symptôme qui finit par déclencher la consultation : après s'être nourrie de manière apparemment suffisante et même davantage – les maternantes, inquiètes, se voient même obligées de limiter les rations qu'elle engloutit littéralement – Christelle, aussitôt posée par terre, se met à fouiller compulsivement dans les poubelles, mangeant tout ce qu'elle y trouve !

Quand je reçois pour la première fois Christelle à l'âge de 17 mois avec sa maternante, celle-ci me parle de sa perplexité et de son désespoir de ne pouvoir l'aider : tout a été tenté, de la douceur à la gronderie, en passant par la surveillance permanente, sans que rien ne semble pouvoir détourner Christelle de ce comportement que les adultes référents vivent comme particulièrement ingrat compte tenu des efforts considérables faits pour pallier aux carences précoces subies par cet enfant.

Christelle semble « décrochée » de tout investissement libidinal du nourrissage : elle ne refuse rien, de la part de personne, mais ne semble pas trouver plus de plaisir lorsqu'elle se remplit passivement jusqu'à satiété, et elle continue de se remplir au-delà de la réplétion dans un automatisme que rien ne semble pouvoir arrêter. L'ensemble de l'aire orale est déshabillée : Christelle erre, fouillant dans les poubelles le ventre plein, l'indice de réplétion, pur réel, ne renvoyant à aucune « réplétion symbolique ».

Pour elle, la place –ou plutôt la non-place – qu'elle a occupée dans l'investissement de sa mère psychotique dès avant sa naissance a probablement obturé pour elle toute accession à la possibilité d'un don. Ainsi, ce qui transforme un objet du besoin en objet de don faisait cruellement défaut à Christelle : pour elle, aucune dimension du don n'avait transformé en nourriture le pur aliment.

Personne – et en particulier une mère – ne peut faire un don qu'en se montrant désirante envers l'enfant, qui, du coup, se vit comme susceptible de venir satisfaire ce désir. Il me semble que c'est ce que ni sa mère délirante ni ses substituts maternels n'avaient pu signifier à Christelle : sa mère, suite à ses difficultés psychiques ; ses maternantes, piégées dans la pure relation alimentaire, devenue complètement opératoire, rivée au ras du besoin.

Mes consignes pour les maternantes au niveau du quotidien furent extrêmement simples : lors des repas, veiller à ne pas confondre le temps d'être avec Christelle avec le temps pour manger. Même lorsqu'elle a fini ce qu'il y a dans son assiette, Christelle n'a pas fini de se nourrir de leur disponibilité et de leur présence. Et donc, ne pas la laisser repartir avant qu'elle leur donne signe d'avoir atteint sa « réplétion d'être avec elles ». Ainsi le temps du désir de l'autre était protégé et mis en acte par les maternantes.

Très vite, Christelle émettra des vocalises à destination de ces dernières ; à chaque séance, ses vocalises seront reprises et restituées en mots : *bébé*, *maman*, *veux pas*, *voilà*, scanderont ses premières phrases en mélodées. On y entend déjà la distinction moi/non-moi, l'apparition de la négation et de la désignation.

Lorsque, à l'âge de trois ans, Christelle partira enfin en famille d'accueil, elle aura gardé son appétit formidable, mais pétri de plaisir, et elle surprendra les adultes par sa capacité à s'exprimer avec pertinence. Quelque chose du nouage qui fait qu'un aliment devient nourriture avait pu avoir lieu pour elle.

En clinique courante, les indifférenciations du lien, plus fréquentes que les syndromes boulimiques, peuvent aussi être traitées dans les lieux de vie de l'enfant. En effet, des comportements de remplissage et de grande avidité peuvent être observés assez banalement dès que des difficultés liées à l'intériorisation de la présence psychique des parents se font sentir. Par exemple, en crèche ou en pouponnière, il ne suffit pas de mettre des limites au bébé quant à l'absorption des quantités de nourriture ; il faut sans doute aussi lui permettre de faire une expérience autre de l'échange nourricier. Il s'agit de le personnaliser davantage, d'introduire le « soin continu » de manière à éviter, par exemple, que le moment de contact avec l'adulte ne se réduise à la prise de nourriture.

Comme nous l'avons vu dans le cas de Christelle, ces mesures doivent favoriser l'engagement de l'adulte responsable de l'enfant de manière à ce que la relation de nourrissage ne soit pas uniquement *opératoire*, et qu'elle comporte une dimension *désirante* à l'égard de l'enfant : le fait *d'être avec* le bébé, d'être attentif et de lui parler en s'adressant à lui en dehors de tout soin, *compte* et est même essentiel.

Nous pouvons tout à fait retrouver ce type de conduite opératoire chez certaines mères que l'in-

quiétude empêche de se poser la question de savoir pourquoi leur bébé ne mange pas, et qui veulent uniquement qu'il mange pour soulager leur angoisse.

Ce type d'attitudes peut correspondre à des réalités inconscientes très différentes, qui déterminent des capacités aussi très différentes des mères à réagir dans le cadre de la relation d'accompagnement, c'est-à-dire à suivre les conseils donnés par les équipes de prévention. À symptomatologie égale, c'est cette différence de réaction qui désignera les situations pouvant être suivies dans le cadre de la prévention, par opposition à celles où il faudra œuvrer pour mettre en place une consultation spécialisée : une mère dont l'attitude se modifie rapidement au contact de la perception et des conseils des professionnels de l'accompagnement, permettra qu'on l'aide en dehors d'une consultation spécialisée.

La specularité

La specularité intéresse la clinique du regard.

Les médecins sont particulièrement sensibles à la question de l'accrochage du regard chez le nouveau-né et, de manière tout à fait pertinente, ils y voient un signe important de développement. Seulement, il y a un décalage entre l'appréhension médicale proprement dite et la dimension qui nous intéresse ici.

En effet, il est essentiel de ne pas confondre le *regard* avec la *poursuite oculaire* que les médecins ont l'habitude de tester. En effet, un bébé autiste est parfaitement capable de regarder un objet, j'irai même jusqu'à dire que, précisément, il privilégiera l'objet inanimé au détriment du visage humain. La fonction de coordination vue-motricité n'est pas en cause ici, il s'agit uniquement de la *dimension relationnelle* du regard, c'est-à-dire la capacité à se servir de la vision comme d'un outil de communication.

Après un temps qui peut varier d'un bébé à l'autre, que nous appelons le *temps de vacillation du regard* et qui dépend de l'état du bébé et des conditions de son entourage, apparaît le signe positif de développement du registre spéculaire : c'est la mise en place du regard, aboutissant au dialogue œil à œil. C'est-à-dire du regard en tant que fonction psychique, support de la communication et du rapport à l'autre.

À l'instar de la dualité de l'objet oral, qui est doublement constitué par l'aliment et la dimension symbolique du don qui l'accompagne, laquelle transforme en nourriture un aliment, l'objet scopique est également double : au-delà de la capacité sensorielle de la perception visuelle, il se double de la signification de regarder et d'être regardé, d'être vu par l'autre au sens d'exister pour lui.

Signes de souffrance

Cependant, en clinique courante, on rencontre assez souvent des évitements de regard, qui peuvent apparaître en cas de réponses chaotiques (mères immatures investissant peu leur bébé, ou perturbées psychiquement) ou absentes (mères déprimées), et qui constituent, de ce fait, un mode de défense très efficace pour le bébé.

L'évitement sélectif du regard, comme le refus alimentaire, correspond à un acte du bébé. C'est un signe du registre *bruyant*, car il déclenche souvent l'inquiétude de l'entourage, qui consultera. Il est actif, et l'évitement ne traduit pas une *absence* de regard, mais un *refus* de regard. Ce refus vise habituellement d'abord le visage de la mère, et constitue une forme de défense pour le bébé confronté à quelque chose de difficile dans le regard que sa mère porte sur lui, ou dans l'absence de regard de celle-ci.

La clinique des troubles autistiques, par contre, montre que ni le fonctionnement d'organe ni la maturation seuls n'aboutissent à la mise en place du regard, et l'évitement des yeux de l'autre est

absolument généralisé. C'est un signe du registre *silencieux*, car il peut être compris comme un simple déficit neurovisuel sans dimension interactive.

Un exemple clinique va nous permettre de comprendre comment le regard peut ne pas se constituer suite à une pathologie neurovisuelle mais sur fond d'une difficulté interactive.

L'exemple de Laura, ou le regard n'est pas la vision

Laura arrive à la crèche à l'âge de 3 mois et demi. C'est un bébé calme et placide, qui interpelle immédiatement son auxiliaire de référence parce qu'elle n'accroche pas le regard. Nous observons alors que sa mère ne la regarde pas non plus, et que, manifestement inquiète, elle évite de voir que nous regardons Laura et que nous voyons qu'elle ne regarde pas sa mère plus que nous...

Laura commence à présenter des signes de la série pré-autistique, et nous sommes fort inquiets : Laura n'accroche pas du regard, Laura se manifeste peu, ne réclame rien, commence à faire des jeux de doigts devant ses yeux et s'intéresse un peu trop au mobile placé au-dessus de son berceau... La maman nous évite, et notre inquiétude monte... Après maintes concertations en réunion, nous décidons dans un premier temps de respecter l'évitement de la mère tout en essayant d'entrer en relation avec Laura, ce qui s'avère impossible : Laura ne répond pas, Laura s'enferme de plus en plus dans son univers circulaire.

Quand Laura a eu quatre mois révolus, nous avons décidé en équipe que le médecin de la crèche interviendrait pour faire part à la maman de nos inquiétudes. Le médecin nous semblait le mieux placé pour le faire sans être trop persécuteur : ainsi, nous apprenons que la maman a pris un rendez-vous en ophtalmologie pour faire vérifier la vision de Laura. Nous attendons alors avec impatience les résultats des examens.

A l'âge de 5 mois, le diagnostic tombe : Laura a une cataracte congénitale évolutive à l'œil droit, qui le lui a pratiquement fait perdre. Elle ne distingue que des ombres avec cet œil, et il faut immédiatement que Laura porte des lunettes, avec des caches plusieurs heures par jour. Par ailleurs une intervention chirurgicale est programmée.

Le diagnostic fait effet d'interprétation pour la mère : tout se passe comme si elle avait pu se dire : « C'est donc pour cela que ma fille ne me regardait pas ! » et « Ce n'est pas parce qu'elle ne m'aimait pas, comme je l'ai craint... » L'effet immédiat a été que le regard maternel s'est constitué, et que l'identification de Laura à l'image d'elle-même qu'enfin sa mère lui adresse ne se fait pas attendre : dans les 48 heures, Laura se met à regarder!

L'histoire de Laura me semble exemplaire à plusieurs titres : d'une part, c'est une situation complexe, où la question de la perception visuelle est engagée, mais ce n'est pas parce que Laura ne voit pas qu'elle ne regarde pas : le lendemain du diagnostic, sa vue n'a pas encore progressé et elle nous regarde déjà! De la même manière, le nouveau-né, dont l'acuité visuelle est très immature, regarde intensément dès les heures qui suivent la naissance la personne qui s'occupe de lui.

Le regard, en effet, ne se réduit à pas la vision. Le regard se met en place parce que quelqu'un nous regarde, au sens où il nous propose, dans son regard, une image de nous-mêmes.

La particularité de la vision de Laura, son anomalie visuelle, a fait que sa mère, dans le miroir, s'est sentie déstabilisée : sa fille ne la regardait pas, sa fille ne l'aimait donc pas – du moins ainsi le ressentait-elle ; le miroir ne répondait pas qu'elle était la plus belle!! Nous faisons allusion ici, bien sûr, à l'histoire de Blanche-Neige où la question de la Reine au miroir nous semble être une belle métaphore du reflet narcissique que la mère recherche dans le regard de son enfant.

Pour se protéger contre l'insupportable, la mère s'était mise à éviter de regarder Laura, et n'étant pas regardée, celle-ci, du coup, ne pouvait pas non plus regarder sa mère. Au moment où le diagnostic est énoncé, il fait effet d'interprétation, c'est-à-dire qu'il tient lieu d'explication pour la mère de la raison pour laquelle sa fille ne la regardait pas : tout se passe comme si la mère avait pu se dire : « C'est pour cela qu'elle ne me regardait pas ! », et, ne se sentant plus mise en cause, a pu adresser à sa fille, à la place de l'évitement angoissé, un regard empli de tendresse. Ceci a eu pour effet, tout de suite, de rétablir la capacité de Laura à regarder avant que sa vision n'ait été modifiée par le moindre traitement.

L'invocation

Au moment de l'expulsion biologique, l'ouverture des voies aériennes produit le cri de la naissance : la particularité du son de la voix est que nous pouvons l'entendre, qu'elle arrive à nos oreilles de l'extérieur. Aussi bien, le nouveau-né ne sait pas que c'est lui qui émet son cri ; il aura besoin que l'écoute maternelle, en répondant « présent », transforme cette émission sonore, pure décharge, en appel : le bébé pleure et la mère accourt à son aide.

C'est l'institution de l'appel à partir duquel le bébé est élevé au rang d'être parlant : en effet, en amont de toute parole verbale, au sens de la langue parlée, la mère attribue au bébé la capacité d'émettre un message auquel elle répond. C'est le signe positif de développement par excellence ! À ce titre, la voix entretient le même rapport au son du cri que le regard à la vision et que l'objet oral à l'aliment.

Dans ses plages d'éveil calme, le bébé joue avec sa voix tout comme il joue avec ses pieds : ce babil émis à la cantonade, ces roulades et ces modulations correspondent à l'investissement libidinal de la voix en tant qu'objet de la pulsion : c'est la *libidinisa-*

tion de la voix, qui l'extrait de son statut de pur bruit pour l'élever au rang d'objet de la pulsion.

Les premiers échanges vocaux du nouveau-né et de son entourage correspondent non pas à une communication sur la réalité ou les objets mais à un échange tonico-émotionnel, qui tient compte des intentions et des sentiments des partenaires de la relation. L'acquisition du langage s'appuie sans doute sur une capacité préexistante chez le nouveau-né de perception des intentions et sentiments d'autrui.

Cette capacité préexistante correspond, d'après nous, aux traces mnésiques prénatales qui constituent l'appétence symbolique du nouveau-né, cette inscription primordiale du langage au sens d'une capacité à communiquer entre humains.

Dans les échanges entre une mère et son bébé, les recherches des psycholinguistes nous ont appris à identifier la proto-conversation : il n'y est pas question de mots, mais question de sens : la maman se réjouit des productions sonores du bébé et sait, à des moments privilégiés de l'échange, reprendre ses vocalises, anticipant dans la chaîne sonore émise par le bébé les signifiants de la langue.

Dans leurs minutieuses études expérimentales, les psycholinguistes ont mis en évidence, en analysant finement leurs enregistrements sonores, que la proto-conversation, pour qu'elle fonctionne entre une mère et son bébé – c'est-à-dire que le bébé accroche à la parole qui lui est adressée – doit comporter, du côté de la mère, un certain nombre de caractéristiques formelles et acoustiques. C'est ce qu'Anne Fernald, la première, a appelé le *mamanais*, comme on dit l'anglais ou le japonais.

Le *mamanais* donc, ou langue des mamans, a été étudié au travers de nombreuses langues parlées de la terre, du suédois au chinois mandarin, en passant par le sarakolé et l'anglais américain, c'est-à-dire

dans des contextes culturels et linguistiques très différents. Les psycholinguistes ont pu ainsi isoler les caractéristiques formelles et sonores qu'un adulte emploie, inconsciemment, lorsqu'il s'adresse à un bébé, quelle que soit la langue parlée.

Les caractéristiques fondamentales du *mamanais* sont :

- sans être des spécialistes du *bel canto*, les personnes qui communiquent avec un bébé, lorsqu'elles s'adressent à lui, placent leur voix une octave plus haut que dans la conversation courante, adressée à un autre adulte. Ce phénomène, complètement inconscient, dès qu'on l'a repéré, on se met à l'entendre partout, chez les mères que nous rencontrons et chez nous-mêmes, lorsque nous nous adressons à un nourrisson ;
- la personne emploie un rythme plus lent et organise son discours avec une simplification syntaxique et lexicale,
- et ses émissions ont une qualité sonore où des pics prosodiques correspondent à un son qui s'envole à la fin de chaque énoncé.

En effet, on a observé que les bébés sont plus friands de sons ascendants que de sons retombants, tout comme ils préfèrent une intonation d'approbation plutôt que de désapprobation, ce qui prouve qu'ils sont d'emblée sensibles au message émotionnel véhiculé par la voix. Nous sommes en droit de penser que c'est cet aspect d'acquiescement, de confirmation de l'existence qui donne toute sa valeur aux caractéristiques du *mamanais*.

Cette caractéristique sonore ne semble pouvoir être trouvée en dehors du *mamanais*, dans le langage adulte, que lorsque nous exprimons deux affects à la fois : la surprise, l'émerveillement, et la rencontre, la trouvaille. C'est-à-dire que la mère est dans un double mouvement simultané : à la fois d'attribution de sens et d'émerveillement face à l'émergence de ce sens qu'elle-même produit par son écoute.

Ainsi, le pa pa pa pa , le man man man man, itérations syllabiques produites par le bébé, seront aussitôt épinglés par la mère : « il a dit papa! », « il a dit maman! », et dans une joie incontestable, la mère transforme la production sonore du bébé en signifiants du code qu'elle va à la fois reconnaître et attribuer, dans un même mouvement à double versant.

Dans le man man man émis par le bébé, la mère va découper le mot du code : elle en fera « maman ». La mère isole, ce faisant, deux itérations qui correspondent au mot de la langue. Cette opération relève à la fois de l'attribution et de la coupure, donc de l'articulation dialectique des positions maternelle et paternelle, et aboutira à la diversification de la palette sonore émise par l'enfant. La mère aura ainsi effectué, sans le savoir, les opérations fondatrices qui introduiront le bébé aux signifiants de la langue dont elle est porteuse, et qui deviendra sa langue maternelle.

Pour que puisse se produire ce miracle ordinaire, quotidien, et cependant non moins miraculeux, il faut que la mère soit désirante à l'égard de son bébé, et que le bébé soit désirant à l'égard de la mère, c'est-à-dire qu'il produise les émissions sonores qu'elle épinglera. En d'autres termes, que la question paternelle de l'altérité soit présente et inscrite d'ores et déjà. Pour le dire autrement encore, la mère manifeste de l'émerveillement face aux émissions sonores de son bébé et les traduit dans la langue commune à tous.

Très vite, le bébé s'approprie les signifiants que sa mère lui renvoie et devient « lisible » pour l'entourage : les pleurs de fatigue ne ressemblent pas aux pleurs de la faim, qui ne ressemblent pas aux pleurs de colère ou de douleur, dans une palette expressive de plus en plus diversifiée d'où disparaissent les cris indifférenciés du premier âge.

Signes de souffrance précoce

Par contre, les bébés élevés par des mères en souffrance ou dans des institutions peu attentives, qui ont affaire à des réponses chaotiques et aléatoires ou à des réponses anonymes réglées sur des grilles horaires, s'entendent beaucoup moins bien à s'organiser dans l'échange, car ni leur agitation ni leurs manifestations vocales ne sont entendues comme des messages et ne produisent pas forcément une réponse.

Ces bébés ont les plus grandes difficultés à intérioriser le fait que leurs sollicitations ou leur agitation ont un pouvoir quelconque sur l'environnement, c'est-à-dire à intégrer le fait qu'ils « parlent », qu'ils émettent des messages, et que ces messages sont entendus par l'autre. De ce fait, ils sont souvent difficiles à consoler, s'agitant sans s'attendre à ce que quelqu'un réponde ; et lorsque la réponse arrive, elle ne les calme pas, comme si le lien n'était pas fait entre la satisfaction du besoin et l'apaisement produit par la satisfaction de la pulsion. Ce sont les signes du registre *bruyant*, le registre *silencieux* étant tout simplement représenté par ces bébés atones, qui semblent avoir purement et simplement renoncé à se manifester.

Du développement normal au risque autistique

Le processus du développement normal est donc une construction à laquelle le bébé participe activement à l'aide de son *appétence symbolique*, qui le rend attentif et désirant de ce que l'autre, souvent sa maman, lui transmet en s'occupant de lui. Ainsi, l'enfant « apprend », en « s'imbibant » littéralement des caractéristiques de l'univers symbolique tout au long des premières années de sa vie.

L'articulation pulsionnelle est la cheville ouvrière de ce phénomène, moyennant la satisfaction réciproque et partagée entre la mère et le bébé. Cette articulation organise, par voie circulaire et rétroactive, le processus de co-construction du sujet et de son autre de la relation précoce.

Nous pourrions représenter ce processus sous la forme du schéma suivant :

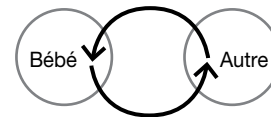


Schéma de la co-construction dans le développement normal

Les flèches représentent les circuits pulsionnels du bébé mais aussi de la mère, car, pour que le bouclage du circuit s'opère, il faut que le bébé soit pris en tant qu'objet de la pulsion de la mère, c'est-à-dire que le bébé soit satisfaisant pour elle ; ce dont, en miroir, le bébé tire satisfaction à son tour.

Le schéma ci-dessus représente donc le processus

où le bébé et la mère sont des objets de satisfaction l'un pour l'autre, constituant ainsi un ancrage, un nouage des deux champs, lesquels, désormais entrelacés, garantiront d'une part, la réciprocité nécessaire au processus de communication et, d'autre part, l'entrée du bébé dans le monde symbolique et relationnel. Nous appellerons ceci la *rencontre pulsionnelle* ou par *voie pulsionnelle*. Chez les humains, la rencontre pulsionnelle est la rencontre « normale », au sens d'habituelle.

Rappelons ici, pour mémoire, que la notion de normal est une notion statistique, établie à l'aide de la Loi Normale, ou courbe de Gauss. La norme correspond à la moyenne statistique et elle n'est pas « meilleure » au sens qualitatif du terme ; elle a seulement de meilleures chances de se produire, au sens d'être un événement plus fréquent. Mais un amalgame, extrêmement répandu dans l'idéal social, fait de la norme une qualité, et de son écart, un défaut.

Le processus autistique

Que se passe-t-il lorsque la rencontre « pulsionnelle-normale » n'a pas lieu ?

Eh bien, lorsqu'elle n'a pas lieu, l'articulation des deux champs échoue, et au lieu qu'elle donne naissance à la spirale interactive, on voit le processus autistique s'engager. Les circuits pulsionnels de l'enfant et de l'autre de la relation se referment sur eux-mêmes, chacun en circuit fermé, entraînant un processus inverse, une sorte de spirale interactive inversée, où désormais il n'y aura pas de construction commune mais deux constructions se faisant face :

- du côté du bébé, d'abord un déficit des interactions, débouchant au cours de la deuxième année de la vie sur l'apparition des symptômes caractéristiques des syndromes autistiques. Le fonctionnement de ces symptômes semble correspondre

au fait que les acquisitions de la maturation ne sont pas symbolisées et organisées par la relation à l'autre, probablement du fait de particularités de l'équipement neurobiologique du bébé. De ce fait, l'énergie s'écoule selon un circuit court de satisfaction auto-sensorielle immédiate, sans générer de symbolisation.

Voici ce qu'on observe, sur le plan clinique :

- La maturation de la motricité de l'œil, qui se manifeste par l'apparition de la poursuite oculaire, permet au bébé de diriger volontairement son regard. Dans le développement normal, il détermine le « dialogue œil à œil », l'apparition de l'échange de regards, si satisfaisant sur le plan de la communication et de l'affectivité autant pour le bébé que pour le partenaire de la relation.

Dans les troubles autistiques naissants, cette capacité aboutit à l'évitement actif du visage et du regard de l'autre. Il est important, toutefois, de nuancer cette affirmation : l'évitement du regard peut être une protection pour le bébé dans de nombreux contextes de troubles du lien précoce et ne pas présager systématiquement une évolution vers un tableau autistique ultérieur.

- Les émissions sonores, qui ont valeur de communication dès la naissance dans le développement normal, et constituent les prémisses du langage bien avant la parole, sont absentes chez les bébés à risque autistique, ou tournent au jargon, voire à la production de mots constitués mais sans adresse ni intentionnalité de communication ;
- La motricité globale, qui aboutit à la marche, rapprochant l'enfant au développement normal à son autre tuteur, éloigne l'enfant autiste des autres, moyennant des déambulations incessantes ;
- Le dialogue tonico-postural ne se met pas en place et l'ajustement corporel réciproque reste difficile, voire évitant ;
- La maturation de la motricité fine, qui permet au bébé, dès le deuxième semestre, de prendre en main les objets de l'échange, aboutit chez l'enfant

à devenir autistique à des tripotages incessants et répétitifs ;

- Et l'ensemble des acquisitions ne s'organise pas en jeu d'imitation et ensuite en jeu symbolique, source de tant d'apprentissages pour l'enfant normal.
- Du côté de l'autre, cette impossibilité d'entrer en relation avec le bébé aboutit à ce que j'appelle les états de sidération, où toutes les compétences relationnelles et de communication de l'adulte sont suspendues dans le rapport à cet enfant en particulier, tout en laissant par ailleurs intactes ses capacités langagières et de communication. Les états de sidération correspondent à une littérale *sidération* de la pensée, c'est-à-dire à l'impossibilité de penser, au sens de *se représenter* ce que fait, veut ou ressent l'enfant.

On pourrait représenter ce processus par le schéma suivant :

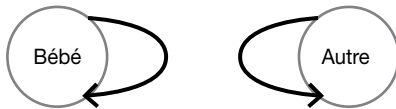


Schéma du processus autistique

où les flèches du circuit pulsionnel, tournées chacune en circuit fermé vers son champ propre, figurent ce processus de double développement *en autarcie* l'un et l'autre, aboutissant l'une à la fermeture autistique et l'autre à l'état de sidération.

Car, lorsque l'énergie pulsionnelle de l'enfant ne se lie pas très tôt aux représentations habituelles, processus commencé probablement dès avant la naissance, elle engage une organisation autarcique que j'appelle la « boucle courte », par opposition à la « boucle longue » qui traverse le champ de l'Autre avant de revenir vers le corps propre du bébé, avec la codification que cette opération comporte.

Cette organisation présente une résistance active à nos tentatives pour la ramener à des formes plus proches du développement de l'enfant bien portant, probablement parce que cette fermeture par rapport au monde des autres a une fonction protectrice pour l'enfant. À ce titre, on peut considérer la symptomatologie autistique, à l'instar du délire ou de l'hallucination dans le phénomène psychotique, comme une tentative « d'auto-guérison », et en tout cas comme une construction du sujet.

Reconnaître, dans le quotidien, un risque d'évolution vers un trouble du spectre autistique

Il est actuellement admis que le diagnostic d'autisme ne peut pas être formellement posé avant 3 ans. D'une part, parce que le développement normal n'est pas arrivé à terme, et que le tableau ne peut donc pas être complet ; et, d'autre part, parce que les études sur les signes précurseurs des troubles du développement montrent l'instabilité du diagnostic précoce, accroissant le risque de trouver trop de « faux positifs ».

Cependant, les études longitudinales sur le devenir des enfants pris en traitement suffisamment tôt montrent une meilleure évolution, et les prises en charge précoces permettent de diminuer l'impact des troubles sur les différents aspects du développement. Il s'agit donc là d'un choix éthique : identifier des signes de risque n'implique pas forcément enfermer l'enfant trop tôt dans un diagnostic, mais peut permettre la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire et précoce, respectueuse des spécificités des difficultés de l'enfant et de sa famille.

Ainsi, des politiques publiques d'entraînement à la reconnaissance des signes de risque sont de plus en plus souvent préconisées et mises en œuvre, en particulier auprès des personnels en charge de l'accueil et de l'accompagnement de la petite enfance dans des lieux tout-venant.

Les signes précoces qui peuvent traduire des difficultés en rapport avec un risque d'évolution vers un trouble autistique peuvent être observés dès le pre-

mier semestre de vie, d'après les éléments que nous avons décrits du développement normal.

Une première précaution consistera à vérifier les capacités auditives et visuelles, ainsi que la maturation neurologique, mais c'est ce que le suivi pédiatrique de routine fait habituellement.

Parmi les signes qui doivent alerter dès le 4ème mois (et tout au long de la première année) il y a l'absence d'appétence du bébé pour la relation avec l'autre significatif, ainsi qu'un manque d'initiative dans les échanges : le bébé répond si on le sollicite, mais ne relance pas l'interaction et ne semble pas éprouver de plaisir partagé lors des échanges et des soins quotidiens. Ces observations correspondent au signe PREAUT², qui identifie le risque autistique dès 9 mois.

À la fin de la première année et tout au long de la deuxième, la pauvreté des vocalises et des interactions avec l'entourage, le fait de ne pas répondre à son prénom tout en montrant peu d'intérêt pour la voix humaine – alors qu'au contraire, l'enfant montre un vif intérêt pour les objets, tout en ne partageant pas un intérêt pour un objet commun avec le partenaire de la relation – sont des caractéristiques de l'interaction qui doivent alerter. L'ensemble de ces signes correspondent à l'échelle MCHAT³, préconisée dès 18 mois pour identifier un risque d'évolution vers un trouble du spectre autistique.

Les inquiétudes des familles sont tout particulièrement dignes d'intérêt, car les études montrent que les parents ont souvent ressenti des difficultés dans l'interaction avec leur bébé dès la première année tout en rencontrant peu d'écho chez les profession-

nels. Des études ont montré que les parents, ressentant un bébé peu appétant et difficile à mobiliser, ont recours pendant des mois à une sur-stimulation pour tenter de le faire entrer en relation, avant de s'épuiser et de tomber dans une apathie apparente, que j'ai appelée « état de sidération », et qui correspond à une sorte d'impossibilité de continuer à interagir avec le bébé.

Je précise que, correctement accompagnés, les parents sortent de la « sidération » et deviennent souvent de formidables alliés dans le traitement de l'enfant.

Ces traitements, proposés très tôt, et souvent au cours des deux premières années de la vie, dès l'identification du risque et sans attendre la confirmation du diagnostic, consistent en une véritable relance des interactions, le cadre thérapeutique cherchant à reproduire la première rencontre « pulsionnelle » de l'enfant avec son autre néonatal, rencontre qui a été au moins partiellement manquée, la plupart du temps suite à des particularités de réception du bébé quant aux tentatives d'entrée en relation proposées par l'environnement.

Ces traitements, mobilisant des équipes pluridisciplinaires (pédiatres et neuro-pédiatres, psychologues et pédopsychiatres, psychomotriciens et éducateurs), devraient intervenir dès la détection du risque et dans une optique de prévention, afin de minimiser les conséquences et les retentissements du trouble neuro-développemental. Ils nécessitent des professionnels agissant de concert, organisés en réseau et partageant la prise en charge en fonction des besoins spécifiques de chaque famille et de chaque bébé.

Nous sommes aujourd'hui parfois encore loin de ce scénario, mais la plupart des professionnels concernés par la question des troubles autistiques reconnaissent que telle est la perspective vers laquelle il faut tendre.

2. Le signe PREAUT, dit aussi « signe de la pulsion », correspond au fait que le bébé à risque autistique répond à la stimulation, mais ne relance par l'interaction. Il s'applique au cours de la première année de la vie.

3. La M-CHAT Révisé est un questionnaire qui sert à détecter chez des enfants de moins de 3 ans un risque d'évolution vers un trouble du spectre autistique.

Conclusion

L'approfondissement des connaissances sur la clinique du développement et la clinique du risque autistique, avec sa mise à disposition des personnels médicaux et éducatifs qui entourent les enfants dans de nombreuses institutions, fait de plus en plus fréquemment partie des politiques publiques de formation professionnelle. En effet, l'accroissement de ces capacités chez les équipes de professionnels de la petite enfance peut s'avérer particulièrement précieux : d'une part, parce qu'il est possible de mettre en place et promouvoir de multiples formes de prise en charge indirecte ou institutionnelle, et, d'autre part, parce que cela permet d'introduire une intervention spécialisée lorsqu'elle s'avère nécessaire tout en accompagnant les délais, parfois hélas importants, de sa mise en place.

Dans des consultations de nourrissons, par exemple, cela permet des interventions légères et rapides à partir de signes très discrets, parfois par l'intermédiaire d'un intervenant à domicile, accompagné par un psychologue qui, bien que ne rencontrant jamais la famille, lui fournira un étayage. Ce travail par *personne interposée* est particulièrement fructueux : il permet de démultiplier les actions de prévention autour de familles qui n'auraient autrement jamais consulté un psychologue concernant un trouble du lien ou des interactions avec leur nourrisson.

Ainsi, s'avère fondamental l'accompagnement des professionnels, tels que des infirmiers et des puéricultrices se rendant à domicile après une naissance, ou des travailleuses familiales qui interviennent dans des actions de prévention et de suivi chez des familles à risques multiples. L'aménagement de lieux d'échange et de réflexion pluridisciplinaires sur les situations rencontrées, surtout à domicile, permet à ces professionnels d'identifier, voire de *traiter in situ* des situations particulièrement délicates et complexes, ce qui aurait été difficile à imaginer sans

le soutien de ces lieux de réflexion en partenariat pluridisciplinaire.

Les équipes de pouponnière et de centres maternels, institutions susceptibles d'accueillir des bébés et de jeunes enfants en grande détresse, sont également très soutenues et aidées lorsque des lieux de formation et de réflexion leur sont proposés, ainsi que les modes d'accueil classiques, type halte-garderies et crèches collectives, car les actions de prévention dans ces lieux tout-venant peuvent s'avérer précieuses pour de nombreuses difficultés courantes du développement, en amont des consultations spécialisées.


Nous espérons que les quelques repères cliniques et conceptuels présentés dans cet ouvrage auront contribué à promouvoir ce type de pratiques de santé publique.


Bibliographie


- Crespin, G.C., *L'épopée symbolique du nouveau-né*, Erès, 2007/2012.
- Crespin, G.C., « Les états de sidération » in *Cahiers de PREAUT : Évaluations des traitements des troubles envahissants du développement*, 6, 65-78, L'Harmattan, Paris, 2009.
- Crespin, G.C. et coll., « Résultats intermédiaires de la recherche PREAUT », in *Cahiers de PREAUT*, 8, 11-105, L'Harmattan, 2011.
- Crespin, G.C., *Traitements des troubles du spectre autistique : à la recherche d'un modèle français*, Erès, 2013.
- Delion, P., *Les bébés à risque autistique*, Erès, 2008.
- Golse, B., *L'être bébé*, PUF Le fil rouge, 2006.
- Guedeney A., Vermillard M., « L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant », in *Médecine et Enfance*, 367-371, 2004.
- Saint-Georges, C., *Dynamique, synchronie, réciprocité et mamanais dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux*, 190 Science, UPMC, Paris, 2011.
- Saint-Georges, C., Cassel, R., Laznik, M.C., « La synchronie et le mamanais dans les films familiaux peuvent-ils nous éclairer sur la dynamique interactive précoce des bébés futurs autistes avec leurs parents? » in *Cahiers de PREAUT : La voix : des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique*, 10, 52-77, Erès, 2013.
- Trevarthen, C., Aitken, K., « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », p. 340, in *Devenir*, 15, 4, 2003.
- Ouss L. & coll., "Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome" in *ECAP*, DOI 10.1007/s00787-013-0430-x, 2013.
- Site www.preatut.fr

Pour approfondir le sujet



-  Qu'est-ce que l'autisme ?, avec Pierre Delion
- L'attachement, essentiel pour le développement de l'enfant, avec Christine Frisch-Desmarez
- Qu'est-ce qu'un parent sécurisant pour son enfant? , avec Sylvain Missonnier
- Diagnostic de l'autisme : une attention précoce, avec Bernard Golse
- ...

-  Les bonnes raisons pour une mère de haïr son beau bébé... parfois
- L'enfant réel n'est jamais celui qu'on a rêvé
- ...

-  L'observation du bébé, d'Annette Watillon-Naveau
- Accompagnement et alliance en cours de grossesse, de Françoise Molénat
- À la rencontre des bébés en souffrance, de Geneviève Bruwier
- La nécessité de parler aux bébés, d'Annette Watillon-Naveau
- Pour une hospitalité périnatale, de Sylvain Missonnier
- Développement et troubles de l'enfant - 0-12 mois, de Marie-Paule Durieux
- ...

sur yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures

Derniers parus

1. L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.

Collectif

2. Avatars et désarrois de l'enfant-roi.

Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot

3. Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.

Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais

4. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.

Reine Vander Linden et Luc Rœgiers

5. Handicap et maltraitance.

Nadine Clerebaut, Véronique Poncet et Violaine Van Cutsem*

6. Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.

Catherine Marneffe

7. Maltraitance et cultures.

Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro*

8. Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.

Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant

9. Ces désirs qui nous font honte.

Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion.

Serge Tisseron

10. Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.

Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret

11. Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.

Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault

12. L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?

Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour*

13. Voyage à travers la honte.

Serge Tisseron

14. L'avenir de la haine.

Jean-Pierre Lebrun

15. Des dinosaures au pays du Net.

Pascaline Gustin

16. L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?

Pierre Delion

17. Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants ?

Martine Gayda, Monique Meyfrot, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe*

18. Le traumatisme psychique.

François Lebigot

19. Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.

Danièle Epstein

20. À l'écoute des fantômes.

Claude Nachin

21. La protection de l'enfance.

Maurice Berger, Emmanuelle Bonnevillie

22. Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.

Jean-Marie Forget

23. Le déni de grossesse.

Sophie Marinopoulos

24. La fonction parentale.

Pierre Delion

25. L'impossible entrée dans la vie.

Marcel Gauchet

26. L'enfant n'est pas une « personne ».

Jean-Claude Quentel

27. L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?

Marie-Claude Blais

28. Les dangers de la télé pour les bébés.

Serge Tisseron

29. La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition infantine actuelle.

Michèle Brian

30. Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.

Dominique Ottavi*

31. Points de repère pour prévenir la maltraitance.

Collectif

32. Traiter les agresseurs sexuels ?

Amal Hachet

33. Adolescence et insécurité.

Didier Robin*

34. Le deuil périnatal.

Marie-José Soubieuz

35. Loyautés et familles.

L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman

36. Paradoxes et dépendance à l'adolescence.

Philippe Jeammet

37. L'enfant et la séparation parentale.

Diane Drory

38. L'expérience quotidienne de l'enfant.

Dominique Ottavi

39. Adolescence et risques.

Pascal Hachet

40. La souffrance des marâtres. de l'enfant.

Susann Heenen-Wolff

41. Grandir en situation transculturelle.

Marie-Rose Moro*

42. Qu'est-ce que la distinction de sexe ?

Irène Théry

43. L'observation du bébé.

Annette Watillon

44. Parents défaillants, professionnels en souffrance.

Martine Lamour*

45. Infanticides et néonaticides.

Sophie Marinopoulos

46. Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.

Serge Tisseron

47. Cyberdépendance et autres croquemitanes.

Pascal Minotte

48. L'attachement, un lien vital.

Nicole Guedeney

49. L'adolescence en marge du social.

Jean Claude Quentel

50. Homoparentalités.

Susann Heenen-Wolff*

51. Les premiers liens.

Marie Couvert*

52. Fonction maternelle, fonction paternelle.

Jean-Pierre Lebrun*

53. Ces familles qui ne demandent rien.

Jean-Paul Mugnier.

54. Événement traumatique en institution.

Delphine Pennewaert
et Thibaut Lorent

55. La grossesse psychique : l'aube des liens.

Geneviève Bruwier

56. Qui a peur du grand méchant Web ?

Pascal Minotte

57. Accompagnement et alliance en cours de grossesse.

Françoise Molénat*

58. Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».

David Puaud*

59. Protection de l'enfance et paniques morales.

Christine Machiels
et David Niget

60. Jouer pour grandir.

Sophie Marinopoulos

61. Prise en charge des délinquants sexuels.

André Ciavaldini

62. Hypersexualisation des enfants.

Jean Blairon, Carine De Buck,
Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun,
Vincent Magos, Jean-Paul Matot,
Jérôme Petit, Laurence Watillon*

63. La victime dans tous ses états. Anne-Françoise Dahin*

64. Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».

Serge Tisseron

65. Soutien à la parentalité et contrôle social.

Gérard Neyrand

66. La paternalité et ses troubles.

Martine Lamour

67. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.

Bernard Golse

68. Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?

Benoit Bastard

69. À la rencontre des bébés en souffrance.

Geneviève Bruwier

70. Développement et troubles de l'enfant.

Marie-Paule Durieux

71. Guide de prévention de la maltraitance.

Marc Gérard

72. Garde alternée : les besoins de l'enfant.

Christine Frisch-Desmarez, Maurice Berger

73. Le lien civil en crise ?

Carole Gayet-Viaud

74. L'enfant difficile.

Pierre Delion*

75. Les espaces entre vérité et mensonge.

Christophe Adam, Lambros Couloubaritsis

76. Adolescence et conduites à risque.

David Le Breton

77. Pour une hospitalité périnatale.

Sylvain Missonnier

78. Travailler ensemble en institution.

Christine Vander Borght*

79. La violence envers les enfants, approche transculturelle.

Marie Rose Moro

80. Rites de virilité à l'adolescence.

David Le Breton

81. La nécessité de parler aux bébés.

Annette Watillon-Naveau

82. Cet art qui éduque.

Alain Kerlan et Samia Langar*

83. Développement et troubles de l'enfant. 1-4 ans

Marie-Paule Durieux

84. TDAH - Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Rita Sferrazza

85. Introduire l'enfant au social.

Marie Masson

86. Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?

Pierre Delion

87. Corps et adolescence.

David Le Breton

88. La violence conjugale frappe les enfants.

Christine Frisch-Desmarez

89. La violence de jeunes : punir ou éduquer ?

Véronique Le Goaziou

90. L'évolution des savoirs sur la parentalité. Gérard Neyrand

91. Les risques d'une éducation sans peine

Jean-Pierre Lebrun

* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...

Les livres de yapaka

disponibles gratuitement au 0800/20 000 ou infos@cfwb.be



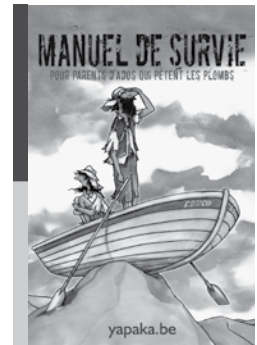
POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ADOS



POUR LES ENFANTS



POUR LES ADOS DE 12 À 15 ANS

