

Université Claude Bernard Lyon 1  
Département de Biologie Humaine

Master HSPD

Unité d'Enseignement  
Anthropologie, Ethnologie et Sociologie de la santé

Année universitaire 2009-2010

Mémoire Bibliographique présenté par :  
**Juliette MACABREY**

Soutenu le 16 septembre 2010

**LE LIEN PARENT-ENFANT  
ET LE DEVELOPPEMENT DU NOURRISSON**

Sous la responsabilité de **Mathilde SIMOËNS**

Laboratoire d'Anthropologie Anatomique et de Paleopathologie  
Site web : <http://anthropologie-et-paleopathologie.univ-lyon1.fr>

# **LE LIEN PARENT-ENFANT ET LE DEVELOPPEMENT DU NOURRISSON**

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon entourage pour m'avoir soutenue et relue, et tout particulièrement ma mère pour la patience qu'elle eu à mon égard et son aide inestimable dans la réalisation de cet écrit.

Je remercie également :

Mathilde SIMOENS, mon maître de mémoire, pour l'aide qu'elle m'a apportée ;

Le Dr BEAUDE-CHERVET, pédiatre à Villeurbanne, qui a bien voulu répondre à mes questions ;

Les enfants que j'ai rencontrés à l'hôpital et ailleurs ainsi que leur famille pour être si riches en surprises ;

Et enfin, mes collègues de l'hôpital neurologique de Lyon pour m'avoir raconté les histoires de leurs enfants, et tout particulièrement Mme L., son mari et leur fille K..

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>p.5</b>
<b>1. Le développement somatique du nourrisson.....</b>	<b>p.9</b>
1.1. Le développement moteur.....	p.9
1.2. Le développement postural.....	p.11
1.3. L'acquisition de la préhension.....	p.13
1.4. La mise en place des coordinations.....	p.13
1.5. Le développement des perceptions.....	p.14
1.6. Le développement cognitif.....	p.19
<b>2. Le développement affectif du nourrisson.....</b>	<b>p.25</b>
2.1. Les stimuli.....	p.25
2.2. Les interactions.....	p.27
2.3. Le développement affectif primaire d'après Winnicott.....	p.35
2.4. Les émotions.....	p.36
2.5. La relation parent-nourrisson.....	p.40
<b>3. L'arrivée de la maladie dans la famille naissante.....</b>	<b>p.48</b>
3.1. Les troubles fonctionnels du nourrisson.....	p.48
3.2. Trois maladies infectieuses du nourrisson.....	p.51
3.3. L'alerte, vers l'inquiétude des parents.....	p.52
3.4. Les démarches des parents pour se rassurer.....	p.55
3.5. La famille naissante et le médecin de l'enfant.....	p.57
3.6. Quelques illustrations.....	p.61
<b>ICONOGRAPHIE.....</b>	<b>p.67</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>p.74</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>p.75</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>p.79</b>

# INTRODUCTION

Le bébé, voilà un sujet qui nous passionne tous. Qui ne babille pas tel un enfant devant son sourire ? Qui ne joue pas à se faire attraper les doigts par les mains malhabiles du petit ? Qui ne s'extasie pas devant les premiers pas d'un enfant ? Il y a là une fascination commune pour ce petit être.

Nous sommes tous passés par les débuts de notre vie et pourtant, nous n'y comprenons pas grand-chose. Aucun souvenir ne persiste des premiers mois de vie et l'absence de parole du nourrisson ne permet pas de faire des études aussi poussées que celles faites pour les adultes. Il n'y a encore pas si longtemps, dans la pensée commune occidentale, le bébé était aveugle et insensible, or nous savons aujourd'hui qu'il suit des yeux et crie quand il a mal.

Au cours des dernières dizaines d'années, de plus en plus d'études furent menées sur le développement du nourrisson. Les connaissances s'améliorent. Si nous comprenons mieux les étapes du développement du bébé, il reste la réalité de sa dépendance. En effet, une particularité de notre espèce est que le bébé humain ne peut arriver à maturité seul.

A la naissance :

- il ne peut ni se déplacer seul, ni manger seul, ni même se laver, il ne peut pas encore utiliser son corps volontairement, et nombre de ses fonctions restent immatures ;

- il ne sait pas utiliser le principal moyen de communication des êtres humains qui est la parole, ainsi il ne peut pas demander de l'aide.

Il est évident qu'il ne peut subvenir à ses besoins et que notamment, il lui faut le sein de sa mère - ou un substitut, pour finir sa maturation et arriver au stade où il est capable de se débrouiller seul.

Ce sont les interactions entre des adultes et le nouveau-né qui permettent à celui-ci de pallier son manque de maturité et de se développer. Ce sont donc les deux parents qui ont un rôle à jouer dès le début de sa vie.

Chaque perturbation de l'environnement de l'enfant modifie son développement en le favorisant ou le freinant : une pathologie malformative, par exemple, influence la structuration et le passage des étapes de développement, l'environnement affectif dans lequel grandit l'enfant tel une situation familiale instable où des parents angoissés induit également des conséquences sur son développement.

L'objectif de cet écrit est de décrire et de comprendre comment, au cours des étapes du développement de l'enfant, se construisent les interactions avec ses parents ou adultes qui l'entourent. Au-delà de cette description, l'objectif est également d'aborder la dimension psychoaffective de ces interactions vitales au développement du nourrisson.

Dans notre écrit, nous nous restreindrons à une situation ordinaire d'un enfant sain dans une situation familiale stable et équilibrée, un père et une mère sans difficultés sociales et médicales notables, dans une conception parentale occidentale classique.

Pour pouvoir traiter ce sujet, il nous paraît nécessaire de bien connaître le développement sain du bébé. C'est pourquoi nous avons choisi de commencer par cela dans cet écrit, tout en insistant sur l'importance du lien avec les parents. Nous précisons qu'encore trop peu d'études sont réalisées sur le rôle du père dans nos sociétés occidentales, et encore trop de pères pensent qu'ils n'ont aucun rôle dans les premiers mois

de vie. La place de la mère, elle, est reconnue depuis longtemps. Biologiquement déjà, il existe un lien tout particulier entre elle et son bébé. Elle l'a porté pendant neuf mois, il a entendu sa voix, il reconnaît son odeur très rapidement et c'est une des premières personnes auxquelles il sourit. Le père a lui aussi une grande importance dans cette relation à l'enfant.

Je réfléchis sur ce sujet depuis quelques années. C'est un thème qui m'intrigue et me passionne. Après être passée dans des services où j'ai côtoyé des familles naissantes et des équipes soignantes qui se chargent de ces petits, j'ai mûri ma réflexion. Je les ai questionnées sur une situation où ce lien entre les parents et leur enfant se singularise : la maladie. Il est fascinant de voir comment les parents arrivent à déceler le mal-être de leur petit qui ne parle pas. Ils arrivent à percevoir ce qu'une personne extérieure au cercle familial ne pourrait voir. Le bébé use de tout son vocabulaire gestuel et vocal pour exprimer ce qu'il ressent, et il en use sciemment pour faire réagir ses parents. Tout cela, nous le relaterons pour approfondir notre réflexion sur le lien entre les parents et leur enfant. C'est là que nous verrons toute l'importance de la présence des parents.

Cette réflexion sera donc développée en trois parties. Nous traiterons le développement somatique, puis le développement affectif du nourrisson pour finir sur l'arrivée de la maladie.

Tout d'abord, en fonction des stades de développement somatique du bébé, nous verrons la mise en œuvre de cette relation en trio au cours des premiers mois de vie. Nous ne travaillerons que sur les six premiers mois de l'enfant car ce sont ceux qui nous paraissent les plus intéressants quant à la mise en place d'un environnement affectif stable, en

l'absence de communication verbale alors que le bébé ne maîtrise pas encore son corps. En effet, ce n'est qu'après six mois que le bébé commence à connaître son corps et qu'il peut se déplacer seul.

Notre deuxième partie concernera le développement affectif du nourrisson dans les interactions avec ses parents.

Pour terminer, nous nous intéresserons aux maladies classiques du nourrisson sans entrer dans les pathologies rares et graves qui engendrent une situation psychologique et physiologique différente de ce que nous voulons étudier.

Nous illustrerons notre propos par des témoignages recueillis lors de stages ainsi que d'ouvrages lus et d'observations faites depuis quelques années.

# 1. Le développement somatique du nourrisson

Le tout premier contact de l'enfant avec ses parents est physique. Jour après jour, les parents s'émerveillent des capacités de leur petit qui les conforte dans leur bonne façon de faire.

## 1.1. Le développement moteur

### 1.1.1. Les réflexes archaïques

A la naissance, pour s'assurer que le nouveau-né est en parfaite santé, il existe toute une série d'examens pour tester ses réflexes. Un réflexe est une réponse stéréotypée à une stimulation, il s'agit notamment de vérifier son intégrité motrice. A la naissance il en existe plus de soixante-dix (Illingworth, 1990) qui disparaissent peu à peu avec le temps (tableau 1). Ces réflexes permettent une certaine adaptation du bébé à la vie extra-utérine, et notamment sa survie. Le test d'APGAR (tableau 2) permet une évaluation de l'état de santé du nouveau-né à partir de cinq critères : respiration, rythme cardiaque, irritabilité réflexe, couleur de peau et tonus musculaire. Il permet également de rassurer les parents sur leur enfant. Les tests se font une minute puis cinq minutes après la naissance. Chaque critère se note sur deux, un score supérieur ou égal à sept indique un nouveau-né bien portant, un score inférieur à trois indique un bébé dans un état critique. C'est un reflet de ce que le bébé a ressenti corporellement et peut-être psychiquement lors de cette expérience forte qu'est l'accouchement. Les réponses réflexes à toutes ces stimulations sont variables d'un individu à l'autre. Certains de ces réflexes disparaissent avec le temps entre 4 et 6 mois.

### **1.1.2. La motilité**

Bien avant la naissance le bébé présente une motilité (faculté de se mouvoir). Les mouvements spontanés des nouveau-nés sont similaires à ceux observés *in utero* (Classification de Prechtl, 1984, tableau 3).

Ces mouvements permettent eux aussi l'adaptation du nourrisson à l'environnement et la préparation à la naissance, ils disparaissent en deux mois.

### **1.1.3. La psychomotricité**

Au cours des premières semaines, le bébé n'est pas conscient de ce qu'il est capable de faire. On observe des mouvements désordonnés et involontaires qui sont dus à l'immaturité du système pyramidal. Au début de sa vie le bébé est souvent endormi, il poursuit sa maturation, les périodes de sommeil sont encore très longues. Puis, les moments de tension, contraction et pleurs prennent davantage de place. Cela permet au bébé de s'éveiller un peu plus à son environnement et de solliciter l'attention de son entourage. Rapidement, il parvient à trouver une position confortable immobile qui peut l'apaiser ou au contraire qui lui permet d'être plus attentif à ses sensations corporelles.

Quant à eux, à cette période du développement de l'enfant, les parents facilitent la découverte de ces mouvements en l'installant dans ces positions confortables qui ne nécessitent pas de dépense d'énergie superflue. C'est aussi une source de plaisir et de réconfort pour tous. C'est alors qu'un jour le bébé fait passer son poing devant ses yeux, il le voit, s'y intéresse, et rapidement il le suit des yeux. Les déplacements du poing restent involontaires, dus au système nerveux extra-pyramidal, mais le bébé adore regarder ce poing et c'est une activité qui peut durer quelques minutes. Quand l'enfant se fatigue, il se met à s'agiter et geindre. Peu à peu, grâce à ce jeu et à la maturation de son système nerveux, le bébé peut commander le mouvement de sa main, mais pendant le temps de

cette activité il oublie le reste de son corps, il ne se ressent exister que par ce poing. Le bébé se rend compte de ses possibilités motrices. Il s'anime, bouge, et y prend plaisir. Vers 2 à 3 mois, il a un visage ouvert, auquel les parents réagissent par de grands encouragements corporels et oraux, eux aussi ont un visage ouvert, souriant, attentif. Les parents sont penchés sur leur enfant et ils le confortent dans son plaisir et le développement positif de ses capacités motrices. Puis, de 3 à 4 mois et demi, quand le bébé voit un visage habituel et bienveillant (celui des parents), ou un objet coloré ou mobile, il bouge un peu plus et frétille. Il attend avec expectative un de ses parents qui vient pour la tétée, donc une satisfaction corporelle primordiale. Il attend également lorsqu'on vient le prendre pour jouer, c'est un autre type de satisfaction. Il agite son corps d'attente, ses membres et son visage, dès qu'il entend ses parents venir le chercher.

## **1.2. Le développement postural**

A la naissance, la posture du bébé se caractérise par une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. Cette hypotonie axiale induit une totale dépendance du bébé envers son entourage. Il est alors souvent pris dans les bras. C'est dans les premiers mois de vie que le contact proche avec les parents tend à être le plus fréquent et primordial à son développement ainsi qu'à la qualité de celui-ci. L'évolution du contrôle postural du bébé dépend de la maturation de son tonus. Au cours des premiers mois, on observe une inversion, en effet l'hypertonie des membres s'affaiblit et se renforce dans l'axe.

### **1.2.1. Le cou et la tête**

Le maintien de la tête est la première posture acquise. L'axe du corps devient plus tonique est les muscles du cou (grâce au réflexe tonique) se renforcent. Dans les bras d'un adulte, le bébé tient sa tête à la fin du premier mois, dès 3 mois elle est maintenue dans

l'axe du corps. A 1 mois, sur le ventre, le bébé décolle son menton ; sur le dos, il relève sa tête à partir de 5 mois. Tenu en position assise, la tête est maintenue dans l'axe du dos vers 2 mois et demi et c'est seulement vers 4 mois qu'il peut la relever.

### **1.2.2. Le dos et la position assise**

Vers 3 mois, les muscles du dos permettent la position assise à condition qu'un adulte ait posé l'enfant contre un support. C'est à partir de 5 mois que le dos devient droit et que la position apparaît un peu stable. A 6 mois, le bébé maintenu par un adulte tient en position verticale. Comme l'écrit Brazelton (1992), ce qu'on peut constater dans des familles en Zambie ou au Kenya est très marquant : les mères, suite au sourire ébahit du bébé en position debout, portent leur enfant dès le premier jour. Elles les tiennent à califourchon sur leur hanche et le font jouer en le faisant sauter sur les pieds. Le bébé aime, la mère aussi, et le jeu continue. Cela aboutit à un développement précoce des muscles des jambes. La position debout est acquise bien plus tôt que dans les cultures de maternage occidentales. Cette réaction enthousiaste de l'enfant s'observe également pour la position assise : l'enfant fait de gros efforts pour redresser sa tête ; les parents voient ce besoin de redressement, en jouant avec leur bébé ils l'encouragent à s'y entraîner. Il est essentiel pour le développement que les parents aident leur enfant et le soutiennent, mais ils doivent le laisser seul s'exercer corporellement pour y arriver. Ils restent à distance physiquement mais continuent à l'encourager par la voix.

Tous ces progrès posturaux permettent petit à petit l'initiation du processus d'autonomie de l'enfant qui peut s'éloigner de ses parents dans un climat de confiance.

### **1.3. L'acquisition de la préhension**

En parallèle à tout cela, se développe la préhension. Elle permet la découverte du monde extérieur pour l'enfant. A partir de 3 mois, si on place un objet dans la main du bébé, celui-ci l'ouvre spontanément et la referme dessus, c'est le réflexe de « grasping » (tableau 1). Il peut tenir un objet mais il ne sait pas encore que c'est sa propre main qui agit. L'objet suit ses mouvements involontaires jusqu'à ce que la main s'ouvre d'elle-même.

A 3-4 mois, le bébé voit l'objet et le suit du regard, il peut l'agiter et entendre les bruits qu'il fait avec. Ce n'est qu'ensuite, vers 4-5 mois qu'il peut prendre un objet qu'on lui tend.

On peut observer cela dans le berceau avec un mobile. En premier le bébé observe le mobile, puis il le touche accidentellement, l'attrape, et enfin il le saisit intentionnellement (tout cela sur plusieurs mois).

### **1.4. La mise en place des coordinations**

La préhension est indissociable du développement des coordinations manuelles. Les premiers gestes involontaires sont effectués avec une seule main. Entre 3 et 6 mois, les deux mains sont mobilisées et les gestes se perfectionnent.

La coordination vision-préhension est également motrice dans le développement de la préhension. Elle met en relation les informations visuelles et les mouvements des membres supérieurs. Elle apparaît vers 4 mois, où le geste est sous contrôle visuel et devient intentionnel. C'est à 5 mois que les bébés peuvent adapter leurs gestes selon les caractéristiques physiques de l'objet, notamment sa taille. Le geste de préhension est spontanément amorcé à la vue d'un objet. Alors qu'à 3 mois l'objet était agrippé et secoué, à 4 mois, il sera porté à la bouche et petit à petit le bébé utilise son toucher pour palper

l'objet. Ce sont les parents, par leurs interventions extérieures et la qualité de celles-ci, qui permettent la stimulation continue et l'encouragement de leur enfant à la découverte du monde et de lui-même, à la différenciation de son intérieur et de l'extérieur.

## **1.5. Le développement des perceptions**

Pour pouvoir s'ajuster à l'environnement qui l'entoure, le bébé a besoin de ses perceptions, toutes ne sont pas matures à la naissance. Ce sont elles qui permettent le développement de l'enfant en première intention, car elles intègrent les stimulations.

### **1.5.1. La vision**

La vision apparaît comme un sens primordial à notre vie. En effet, pour ceux qui en sont pourvus c'est le sens le plus utilisé. Pourtant, à la naissance il n'est pas tout à fait mature. C'est le dernier sens à entrer en fonction car il ne s'active qu'après la naissance. Dans les premiers jours, le bébé voit mal et son acuité visuelle est faible, elle augmente jusqu'à 6 mois. Il accommode peu et il a besoin de contraste dans ce qu'on lui présente. Ainsi, la perception des couleurs qui semble présente à la naissance se développe pour finalement posséder les mêmes caractéristiques que l'adulte à 4 mois. A cet âge, le bébé est attiré par les stimuli visuels complexes, comme l'ont montré Robert Fantz et ses collègues (1963) avec une de leur expérience mettant en situation un bébé dans un siège inclinable dans une chambre noire. Mesurant la durée de fixation des objets (plus elle était longue plus l'objet était préféré par le bébé), ils ont pu montrer que l'attention est attirée par des objets contrastés, des grands carrés et des objets de taille moyenne reflétant la lumière. Il peut être intéressant de constater la sensibilité de l'enfant aux stimuli : lorsqu'on présente un environnement uni et terne, le bébé s'endort. C'est ainsi que dans des services de néonatalogie, des couvres-couveuses sont installés pour cacher la lumière agressive et pour

diminuer les stimuli afin de permettre aux prématurés de se reposer et donc de garder leur énergie pour leur développement. On peut également préciser que les bébés ont une prédilection toute particulière pour les visages humains, nous le verrons plus tard dans notre réflexion. La réactivité visuelle est très importante pour les nouveaux parents. C'est quand leur enfant tourne les yeux vers eux et qu'il les fixe qu'ils le reconnaissent. C'est un des premiers moyens de communication entre eux. Brazelton (1992) raconte comment ses patientes lui demandent si leur enfant voit, bien qu'elles le sachent déjà. A partir du moment où il leur a confirmé et montré, elles agissent différemment envers leur bébé. Je cite l'une d'elle : « vous venez de me montrer ce que j'avais besoin de savoir pour materner mon enfant ». On voit toute l'importance de la vision dans la relation parent-enfant avec cette simple phrase.

### **1.5.2. L'audition**

L'ouïe est le deuxième sens le plus important à la naissance. Il est très développé, car déjà *in utero* le fœtus était stimulé par l'environnement sonore qui l'entourait. A la naissance le bébé perçoit les sons et peut les organiser dans l'espace. Il tourne la tête et s'oriente pour chercher la voix qui lui parle. Cependant, vers 6 à 8 semaines, cette capacité se perd, sûrement du fait de la réorganisation corticale, elle réapparaît vers 3-4 mois. A 6 mois, il peut déterminer la distance d'un objet à partir du son que celui-ci émet, et ce même dans le noir.

Dès les premiers jours, il peut discriminer les sons du langage avec la même précision que les adultes. Il est sensible aux caractéristiques prosodiques du langage, et notamment à l'intonation. Lorsque ces deux caractéristiques du langage changent, l'attention du bébé se perd. A 2 mois, il est sensible aux changements de rythmes : il a développé une organisation temporelle des sons. Nous devons souligner le fait que les nouveau-nés ont une prédilection

pour les voix féminines, comme l'a montré Eisenberg (1964), et notamment pour la voix maternelle qu'ils entendent depuis le tout premier moment de conscience. On pourrait en déduire que cette situation serait reproductible pour le père si celui-ci « parlait » beaucoup au fœtus à travers le ventre de la mère. Cette perception précoce des sons et des voix est importante pour la reconnaissance des parents et l'évolution de leur relation.

### **1.5.3. La coordination vision-audition**

Dans les premiers mois de vie, la coordination vision-audition se met en place. Dès les premières semaines le bébé tourne la tête du côté d'où vient le son, et il paraît surpris si le son ne provient pas d'une source visuelle cohérente. Les voix humaines sont préférées aux autres sons et déclenchent plus de recherche d'orientation. Vers 4 mois, le nourrisson est capable de percevoir la synchronie entre ce qu'il entend et ce qu'il voit. Lorsque ce qu'il observe n'est pas cohérent, il perd son attention. De même, chez des bébés de 5 à 7 mois, il a été montré par Walker-Andrews (1999) (cité in Baudier, 2002) que ceux-ci préfèrent regarder une séquence filmée où les émotions du visage correspondent au ton de la voix plutôt qu'une séquence où les expressions du visage ne sont pas cohérentes avec le ton de la voix.

### **1.5.4. Le toucher**

Le toucher est le premier sens à se développer *in utero*. Il permet à l'enfant une analyse de nombreuses composantes du stimulus : durée, intensité, localisation, fréquence, mais aussi température et douleur. Lors de son développement, la sensibilité tactile est essentielle dans l'interaction avec les parents et autres adultes. Elle joue un rôle dans la régulation de la vigilance : on peut stimuler ou apaiser le bébé par le toucher. Mais généralement elle n'est pas utilisée seule, elle est associée à des stimulations sonores et visuelles.

La maturation du système tactile s'effectue tout au long de la première année de vie. La bouche et les mains sont les premières zones utilisées. C'est par leur intermédiaire que le bébé prend connaissance du monde qui l'entoure, mais ces zones fonctionnent différemment.

La bouche est très utilisée au cours des premiers mois de vie et c'est le principal moyen d'échange avec le monde extérieur. Grâce à cela, le bébé reçoit des informations sur les propriétés de l'objet et commence ses connaissances. Les mains prennent le relais lors de la mise en place de la coordination vision-préhension et de la station assise, vers 5-6 mois. Cependant, elles étaient déjà capables de prélever des informations de ce qu'elles tenaient.

Quant à la perception de la douleur et de la température, bien que pendant longtemps il fut considéré que les bébés y étaient insensibles, nous savons aujourd'hui que le système nerveux qui la contrôle est mature *in utero*. La perception de la douleur, comme les autres perceptions, continue de se développer au cours de la première année de vie. On observe des réactions de rejet de la part du bébé lorsqu'on lui soumet une stimulation douloureuse, il fait des grimaces et se crispe. Par ailleurs, d'après Hernandez-Reif et coll. (2003) les nourrissons réagissent à un changement de température. Le froid entraîne des réponses négatives.

Le toucher est lui aussi très important dans la relation des parents avec leur enfant. Dès les premiers jours, le bébé peut différencier sa mère d'une autre personne et il adopte des postures différentes entre elle et les autres adultes. Il se moule au corps de sa mère, la stimulant dans les caresses et les câlins, alors qu'il est plus rigide avec quelqu'un d'autre (Widmer-Robert Tissot, 1981). Ces stimulations tactiles déclenchent plus de réactions que les autres stimuli, le bébé sourit et vocalise plus. Winnicott, avec sa théorie du Handling et

Holding que nous verrons plus loin dans cet écrit, décline tout un répertoire postural et tactile qui transmet au bébé les dispositions des adultes à son égard et inversement.

#### **1.5.5. L'odorat**

Il est toujours surprenant de constater comment un bébé est apaisé par l'odeur de sa mère. D'après McFarlane (1975), dès 6 jours de vie, les bébés témoignent d'une préférence pour l'odeur maternelle en tournant leur tête du côté de la compresse imprégnée de cette odeur. Cela permet de renforcer le contact très proche avec ses parents qui reçoivent l'effet positif de l'échange. Cela s'ajoute à sa capacité à différencier et à être stimulé.

Steiner (1979) a réalisé une analyse des expressions des bébés en fonction des odeurs. Les odeurs fruitées provoquent une satisfaction, une odeur d'œuf pourri induit une expression de dégoût.

#### **1.5.6. Le goût**

Le goût semble jouer un rôle important pour le développement de l'expression du bébé donc également dans les interactions avec ses parents. Suite à la perception gustative, il suffit d'observer ses réponses « gusto-faciales » (mimiques), selon le terme utilisé par Steiner en 1979, pour connaître sa réaction. En utilisant ces connaissances, il a été découvert par Steiner que le nouveau-né distingue les quatre saveurs de base : sucré, salé, amer et acide. Les réponses sont très variables selon les individus. Seul le sucré a une réponse positive et universelle. Cette préférence est codée génétiquement et n'est pas une particularité de l'espèce humaine. L'amer et l'acide provoquent des réactions de dégoût. Pour le salé, les réactions sont plus complexes et donc plus difficiles à analyser tant les différences inter-individuelles sont importantes.

La première année de vie est essentielle pour le développement du répertoire gustatif du nouveau-né. Vers 4 mois, avec l'introduction des solides, les parents

transmettent de nouvelles saveurs à leur enfant. De nombreuses études s'intéressent sur le rôle de ces premiers comportements alimentaires sur des préférences plus tardives (bien que les goûts changent au cours d'une vie). Avant 6 mois, les réponses des bébés aux stimulations gustatives sont automatiquement déclenchées, il s'agit d'un réflexe. Après cela elles sont orientées vers autrui et sont utilisées comme moyen de compréhension et de sollicitation extérieure.

Le goût permet à l'enfant d'entrer progressivement en relation avec ses parents grâce à ses mimiques et ils découvrent ainsi la personnalité de leur enfant.

#### **1.5.7. L'apport des parents**

Le rôle des parents dans le développement de toutes ces perceptions consiste alors en l'apport de stimuli adaptés aux capacités de leur enfant, en essayant toujours de lui en demander plus pour qu'il fasse des progrès. Ainsi, ils lui fournissent des objets colorés et de formes variables qui ont des textures bien différentes et qui peuvent même faire du bruit quand on les touche. Ils lui parlent souvent et lui font écouter de la musique. Si l'enfant n'est plus nourrit uniquement au sein maternel, les parents lui donnent des produits ayant des goûts variés, etc... On voit là une partie de tout ce qu'ils peuvent imaginer pour aider leur enfant à découvrir le monde.

### **1.6. Le développement cognitif**

Pour les parents, voir les progrès moteurs de leur enfant est une source d'émerveillement. De même, ils attendent les progrès cognitifs car pour eux, ils montrent l'intelligence humaine de leur enfant.

### **1.6.1. La connaissance de l'objet**

Un objet paraît simple à analyser, en réalité cela met en jeu de nombreuses compétences cognitives qui dépassent le traitement des relations entre les modalités sensorielles. Cette analyse complexe fait appel à un raisonnement, une représentation et des connaissances. Si l'enfant comprend le concept d'objet c'est qu'il comprend l'espace, le temps et les relations entre tous les objets.

#### **1.6.1.1. La perception de l'unité de l'objet**

L'unité de l'objet est une des premières conceptions à intégrer pour comprendre le concept global de l'objet. Il s'agit de comprendre qu'un objet, sauf intervention destructrice, restera entier même s'il est caché entièrement ou partiellement. Les travaux récents de Johnson (2000) montrent qu'à partir de 2 mois, des bébés conçoivent que les objets conservent leur unité. Il apparaît que cette capacité s'apprend au cours des 4 premiers mois de vie. Elle met en jeu l'expérience visuelle et la mémoire.

#### **1.6.1.2. La permanence de l'objet**

La permanence d'un objet correspond au fait qu'un objet existe même quand on ne le voit pas. Avec l'expérience du pont-levis de Baillargeon, Spelke et Wasserman (1985, tableau 4), il a été démontré l'existence précoce de la notion de la perception de la permanence de l'objet.

On a pu ainsi observer qu'une situation contredisant les connaissances du bébé le surprenait. Par contre, même si l'enfant sait qu'il existe quand il ne le voit pas, les capacités d'action sur cet objet caché prennent plus de temps et s'échelonnent tout au long de la première année comme le montre Piaget (1937).

### 1.6.1.3. Les propriétés physiques de l'objet

La connaissance des propriétés physiques d'un objet se fait elle-aussi progressivement. C'est entre 2 et 3 mois que les bébés savent qu'un objet ne peut en traverser un autre. A partir de 3 mois, les bébés s'étonnent qu'un objet dans le vide ne tombe pas, mais ils se suffisent d'un contact avec un support (même si la balle en l'air touche sur le côté un support vertical) pour que cela leur paraissent cohérent. À partir de 4 mois, ils prennent conscience que l'objet doit être posé sur un support, et c'est au cours des mois suivant qu'ils acquerront la notion de proportion de masse située sur le support.

### 1.6.1.4. La représentation de l'objet

Un dernier point concernant les objets est la représentation bidimensionnelle de situations tridimensionnelles. Lécuyer et coll. (1998) montrent que les bébés peuvent retranscrire leurs connaissances tridimensionnelles sur un objet représenté en deux dimensions. Cependant, les bébés ne réagissent à un objet caché que si les indices de l'image sont suffisants pour représenter la profondeur.

La compréhension de ce qu'est un objet est donc très complexe et signifie l'acquisition de nombreuses capacités cognitives de l'enfant.

## **1.6.2. Le langage**

Une étape très importante pour les parents est la maîtrise de la voix. Le langage est une activité spécifiquement humaine et le moyen de communication privilégié. Sa maîtrise nécessite des capacités perceptives et cognitives ainsi que la connaissance des relations entre les sons et leur signification.

### 1.6.2.1. La compréhension

La première étape qui amène à la compréhension d'une langue est la perception des sons. Dès la naissance, les bébés écoutent attentivement et ils sont capables de segmenter

ce qu'ils entendent. Dès les premières heures les bébés ont la capacité de percevoir des différences entre les langues. Ils sont en effet très attentifs à la prosodie (rythme, tempo, accent, ton) de la langue écoutée. A la naissance, suite à l'habituation *in utero*, les bébés préfèrent nettement la voix maternelle selon l'intonation (sans celle-ci, la voix n'est plus reconnue). C'est grâce à la prosodie que le bébé va apprendre ce qu'il faut grouper et segmenter. Pendant les deux premiers mois, les bébés ne réagissent qu'à un changement de voyelle, puis à une nouvelle syllabe. A 4 mois, ils peuvent saisir des phrases et à 5 mois, ils connaissent les rythmes de leur langue maternelle, ils peuvent donc la différencier des autres. L'entourage est très important pour faciliter l'apprentissage de la segmentation, notamment grâce au langage adapté au bébé.

#### 1.6.2.2. La production de la parole

Tout d'abord l'enfant produit involontairement et par réflexe ses premiers sons, cela dure pendant un mois. Ensuite, il joue avec sa voix, il en prend conscience doucement et c'est pour lui un réel plaisir que de l'entendre. Il vocalise, rit, pleure, crie. Peu à peu il arrive à produire des sons différenciés et modulés, c'est à 4 mois que le bébé peut faire varier la hauteur et l'intensité de sa voix. Il parvient ensuite à la contrôler et il peut produire des sons volontairement et très variables. Ce nouveau répertoire de communication est utilisé par lui comme un jeu et sert à l'expression des sentiments. On observe rapidement un jeu en miroir avec les réactions des parents : le bébé émet un son, les parents l'imitent, le bébé le réitère et ainsi de suite. C'est également un outil d'appel, en effet l'enfant comprend vite qu'il capte l'attention des adultes avec son babillage, mais aussi avec ses plaintes. Les pleurs ont toute une gamme de tonalité et de sens.

### **1.6.3. Les moyens et conditions d'apprentissage**

Tout ce que nous venons de voir suppose que le bébé possède des connaissances. Or pour cela, il lui faut à la fois une capacité d'attention, permettant de capter et de s'intéresser aux informations recueillies dans l'environnement, et une mémoire opérationnelle.

#### **1.6.3.1. L'attention**

L'habituation est le premier mécanisme qui montre la diminution de l'attention, et donc la présence d'une capacité initiale d'attention. Il existe de grandes variabilités intra-individuelles et inter-individuelles de cette capacité. Elle est liée au développement du cortex frontal qui mature avec le temps, on peut donc observer une capacité d'attention croissante avec l'âge. Il a été observé aussi que les bébés qui s'habituent le plus vite sont des personnes qui plus tard s'adapteront plus facilement à de nouvelles situations.

#### **1.6.3.2. La mémoire**

Freud (1905) a précisé la notion d'amnésie infantile qui traduit l'impossibilité que nous avons à nous rappeler notre petite enfance. Cela correspond à une immaturité du système mnésique et à des réorganisations des systèmes neuronaux pendant l'enfance. Cependant, les processus que nous avons vus précédemment nécessitent de la mémoire. L'habituation correspond à une réaction à un nouvel événement relatif à ce qui a été appris ultérieurement et qui a donc été inscrit dans la mémoire. Dès les premières semaines, les nourrissons se souviennent d'objets pendant quelques minutes, et surtout de leurs parents. Ils reconnaissent sa voix et son odeur ainsi que celles de leur père si celui-ci est présent.

On a donc vu qu'au cours des six premiers mois, le bébé développe des capacités motrices, posturales, sensorielles et cognitives qui lui permettent de bâtir ses connaissances sur le monde qui l'entoure. La présence et l'action des parents est indispensable pour la stimulation du bébé et le développement de ses capacités. Ils l'encouragent et lui apprennent comment faire. Il acquiert alors une compréhension globale et cohérente de son environnement qui lui permet petit à petit de construire ses affects et ses relations grâce à toutes ces capacités physiques en développement.

## **2. Le développement affectif du nourrisson**

### **2.1. Les stimuli**

Tous les sens du nouveau-né sont mis à contribution lorsqu'il observe le monde qui l'entoure et réagit avec celui-ci. Certains sens ont cependant une utilité toute particulière. Lors des phases d'éveil, l'attention du bébé est guidée par sa vision qui est attirée par les visages.

#### **2.1.1. Les visages**

Le visage est le tout premier objet d'intérêt du bébé. En effet, dès la naissance, l'attention du nouveau-né est captée par des visages, et notamment celui de la mère. Il est intéressant de constater que c'est l'objet préféré du bébé. On a pu l'observer grâce à des méthodes de durée d'attention. Des nourrissons de 2 à 4 jours regardent plus volontiers le visage de leur mère plutôt qu'un autre. On peut aussi noter que cette discrimination dépend des traits du visage. On distingue les traits internes des traits externes qui comprennent le contour du visage et les cheveux. Pascalis et coll. (1995) ont montré que pour des nouveau-nés, le visage maternel n'était plus préféré s'il y avait un foulard autour de celui-ci. Ils ont donc besoin d'une vision globale du visage. C'est après 4 mois qu'ils arrivent à reconnaître et préférer le visage maternel uniquement grâce aux traits externes (la mère portant un masque). A 5 semaines, le bébé reconnaît sa mère à partir des traits internes.

A 2 mois, le nourrisson reconnaît le visage de profil et à 3 mois il distingue sa mère d'une photographie d'une femme. Nous pouvons dire que le visage de la personne en charge de la toilette et des soins se verra préféré aux autres, que ce soit la mère ou le père. Les nourrissons regardent également plus longtemps des visages normaux plutôt que des

visages déformés. Le bébé est naturellement performant pour discriminer les visages. Cette capacité est un des tous premiers supports d'échange dans une famille.

### **2.1.2. Les odeurs**

Nous l'avons vu précédemment, les odeurs sont très importantes pour la reconnaissance des parents et pour l'apaisement du bébé. Le nourrisson est capable de reconnaître l'odeur du sein de sa mère parmi d'autres, et identiquement la mère est capable de reconnaître l'odeur de son enfant. Cette odeur est associée à la tétée, ce qui est pour le nourrisson synonyme de plaisir et de résolution de ses tensions de faim. Selon l'attitude de la mère qui donne le sein ou de la personne qui donne le biberon, l'odeur est associée à un sentiment de sécurité et de confort si la personne est calme, si elle l'est moins, le bébé est moins détendu et moins susceptible d'être réceptif aux excitations extérieures.

En lien olfactif avec la personne qui lui donne la tétée, il peut soit se calmer, soit s'agiter et être plus ou moins attentif à ce qu'il se passe à l'extérieur de lui-même.

### **2.1.3. Le toucher**

Le contact tactile et la façon dont les parents manient le corps de leur petit sont très importants pour les échanges entre les parents et l'enfant. Winnicott (1969) utilise le terme « Handling » en parlant des soins que la mère porte à son enfant et surtout de la façon dont il est traité et manipulé par elle. Selon lui, le Handling participe au développement cognitif et au développement de la relation entre le corps et le psyché ainsi que la reconnaissance de l'interaction avec les parents. De nos jours nous pouvons l'étendre au père qui participe aux soins de son enfant.

#### **2.1.4. Les autres sens**

L'ouïe a également une place particulière dans la stimulation du nouveau-né et dans les interactions avec ses parents, comme tous les autres sens, nous avons pu le voir dans la première partie de cet écrit.

## **2.2. Les interactions**

Les bébés sont dépendants des adultes pour leur développement. Il apprend en observant et en testant ce qui se passe autour de lui. C'est donc grâce aux actions de son entourage qu'il va progresser dans son développement et qu'il va pouvoir échanger.

### **2.2.1. Les moyens d'interaction**

Tous les signes qui permettent les interactions entre les adultes et l'enfant évoluent au cours de son développement. Ils sont d'abord indicateurs, puis ils intègrent la signification conventionnalisée de l'expression (Nadel, 1981). On peut constater l'influence du milieu sur ces signes lorsqu'il s'agit de gestes dont la signification est fixée par une convention (applaudir par exemple). Un temps d'apprentissage est donc nécessaire. On peut aussi l'observer sur des signes innés (le sourire) qui seront renforcés par l'entourage ou mis à l'écart en fonction de leur signification culturelle.

#### **2.2.1.1. Le regard**

C'est le moyen de communication privilégié entre les adultes et le bébé. Au cours du développement du nourrisson, la motricité et la vision se perfectionneront, et la gamme d'émotions communiquées par le regard s'enrichi. Le temps passant, la fixation du regard devient plus longue et les parents l'interprètent comme un attachement croissant et la preuve de meilleurs échanges. C'est le premier signe de reconnaissance mutuelle. Le regard du bébé suit le visage de l'adulte et celui-ci regarde le bébé. Une absence de ce contact

visuel peut entraîner des dysfonctionnements de communication, altérant le développement de l'enfant, cela peut se trouver lors d'une situation où une mère dépressive ne regarde pas son enfant.

Les bébés peuvent faire la différence entre un visage avec des yeux ouverts et un visage avec des yeux fermés. Ils voient aussi si un adulte les regarde ou pas, l'adulte regardé a quant à lui le sentiment de participer à un véritable échange. Le regard de l'enfant prolonge l'interaction au plus grand plaisir de tout le monde.

#### 2.2.1.2. Le sourire

Le sourire est lui aussi un signe positif et de reconnaissance. D'après Wolff (1963), le sourire apparaît dès la naissance. Sa morphologie est au départ très simple, c'est un relèvement des lèvres sans participation des yeux. Il est d'abord présent au cours des phases de sommeil. On peut alors trouver deux types de sourire : le sourire de Duchenne et le sourire bouche ouverte. Le sourire de Duchenne consiste en un étirement des commissures des lèvres et un relèvement des joues, il est plus fréquent que le sourire bouche ouverte (Messinger *et alii*, 2002).

Au début, la voix est un bon déclencheur du sourire, celui-ci apparaît lors de la période d'éveil à partir de la deuxième semaine. A partir de 2 mois, les yeux participent au sourire : ils se plissent et le regard est vif. Au fur et à mesure que l'enfant grandit il faut de plus en plus de conditions pour qu'un sourire apparaisse. En effet, au début seuls les yeux et le front suffisent à déclencher un sourire chez un bébé, puis la bouche doit elle aussi participer et cela continue de se complexifier. L'enfant demande que de plus en plus de parties du visage expriment un sourire pour qu'il y réponde. Wolff (1987) montre que le contrôle moteur et postural est important dans l'évolution du sourire. A 1 mois, le sourire peut apparaître quand tous les membres sont immobiles alors que plus tard des

mouvements et des vocalisations l'accompagneront. Tout cela s'enrichi avec le temps et toute une nouvelle gamme de sentiments peut être exprimée via le sourire.

L'environnement et le soutien qu'il apporte au nouveau-né est très important pour le développement de la faculté de sourire. Bien que ce soit inné, il est nécessaire que l'entourage stimule le nourrisson pour qu'il garde cette capacité et la développe selon toutes les nuances possibles. Le visage humain, et encore plus un visage souriant, parlant et bougeant est un des meilleurs stimuli que l'on puisse trouver pour le sourire d'un enfant. C'est parce que le sourire est un signe de partage d'émotion que les adultes cherchent tant à le faire apparaître. Ils permettent alors à l'enfant de se développer grâce à leurs paroles joyeuses et leurs mimiques, et par là-même ils commencent l'apprentissage des conventions d'expression des sentiments.

#### 2.2.1.3. Les expressions du visage

Outre le regard et le sourire, les expressions du visage en entier permettent une interaction avec l'enfant. Ce dernier fait des mimiques qui n'ont pas encore de sens pour lui, mais les adultes eux les interprètent selon les conventions sociales et psychologiques en cours. Ils attribuent plus de capacités à leur enfant, ce qui le pousse à toujours progresser. Cela lui permet aussi d'entrer dans le monde des émotions des humains, il n'est pas simplement un bébé neutre, il devient à ce moment une personne avec des sentiments et l'attachement des parents à son égard se fait plus aisément. Par exemple, Zazzo (1985) nous montre le cas des réactions face aux quatre saveurs gustatives. Sans voir le parent qui les nourrit, les nourrissons ont des réactions stéréotypées. Ce parent fait alors la même mimique que l'enfant par mimétisme inconscient. Lorsque le nourrisson le voit cela renforce sa réaction et la confirme. Il continue les fois suivantes à faire la même mimique dans la même situation et c'est là que commence une forme de communication.

Les expressions faciales des adultes utilisées en face de l'enfant sont importantes car elles sont son repère et le point de départ de l'expression de ses sentiments. C'est ainsi que Stern (1977) définit cinq expressions faciales fréquemment utilisées par les mères :

- La surprise : yeux écarquillés, bouche en « O »
- Le sourire
- La fin de l'échange : froncement de sourcils, détournement de la tête et du regard.
- L'évitement de l'échange : visage neutre et sans expression
- La compassion : visage exprimant « ô mon pauvre... » ainsi que surprise et froncement de sourcils

#### 2.2.1.4. L'imitation

L'imitation est un processus d'interaction mis en œuvre tant par le bébé que par l'adulte. Cela concerne la protusion de la langue mais aussi les mouvements de la tête et des mains et l'ouverture de la bouche. Cette capacité serait innée chez le nouveau-né sans pour autant être un réflexe. En effet, on peut observer une imitation d'un geste effectué la veille (Meltzoff et Moore, 1999). De plus, petit à petit par essais successifs, le nourrisson améliore sa technique et perfectionne son imitation. Vers 2-3 mois, cette imitation disparaît car les autres moyens de communication de l'enfant sont plus élaborés et plus fins. Selon Baudier et Céleste (2002), la fonction de l'imitation est principalement sociale. Elle permet à l'enfant de reconnaître les personnes avec qui il échange et d'avancer dans la différenciation moi-autrui. Le bébé peut s'assimiler aux adultes, surtout que ceux-ci l'imitent en retour. L'enfant comprend alors sa spécificité humaine et sa ressemblance avec l'autre. Il comprend également que les gestes correspondent à des significations mais aussi un fonctionnement psychique et des émotions, chez lui-même ainsi que chez les autres.

#### 2.2.1.5. Les cris, pleurs et vocalises

Le premier cri, première manifestation de la vie, correspond à la mise en route de la physiologie respiratoire du nouveau-né. Ce premier cri correspond à la toute première expression de l'enfant qui est reçue par les parents comme rassurante, c'est la toute première preuve de vie extra-utérine et la promesse d'échanges futurs.

On peut distinguer d'autres cris, qui sont ceux manifestant la faim, la douleur, la tristesse. Si le cri de douleur est communément reconnu, les autres déclinent tout un panel subtil de sons que les parents sont particulièrement aptes à identifier et à interpréter. Les cris et les pleurs permettent en général au nouveau-né d'exprimer un malaise et d'essayer de s'en débarrasser. Les nouveau-nés ont des pleurs de qualité et d'intensité différents, mais tous pleurent un peu. Seuls, ils peuvent se consoler et se rendormir.

Si l'enfant ne s'endort pas d'épuisement de pleurs et qu'il s'arrête seul, il a réussi à résoudre son malaise seul, cela correspond à une acquisition. Au contraire, si les pleurs l'envahissent, le bébé est empli de désarroi et il ne peut s'en sortir, c'est alors qu'il veut échapper à l'éveil. Le sommeil intervient comme une échappatoire à l'anéantissement : il se replie en lui-même et se ferme à l'extérieur. Il peut être bon de laisser un enfant se calmer seul, mais il peut tout autant être bon de venir le consoler si cela dure trop longtemps. Lorsqu'un parent éprouve des difficultés à consoler son enfant il a un sentiment d'échec, il peut même en venir à rejeter l'enfant. Au contraire, lorsque le parent réussit à calmer le petit cela augmente sa confiance en lui. Au fil du temps, les différentes réponses apportées par les parents aux cris orienteront le type de pleurs émis par l'enfant et développeront une certaine forme d'intentionnalité chez lui.

Nous l'avons vu dans la partie concernant le langage, les premières vocalises apparaissent vers 2 mois. Elles évoluent vers des sons plus précis, et c'est un mode de

communication très important. L'adulte répète les sons du nourrisson en les modulant et les enrichissant. Pour le petit, ses sons deviennent des paroles d'adultes, il est ainsi encouragé dans sa démarche. On trouve dans la construction de ces échanges le modèle de la prise de tour que nous verrons plus tard.

#### 2.2.1.6. Les objets

Les objets sont importants pour les interactions avec le milieu extérieur indépendamment des êtres humains. Ils permettent au bébé de progresser dans sa compréhension du monde et de sa physique. Les sens du petit se développent grâce aux stimulations que les objets lui apportent et il apprend à se servir de ce qui l'entoure. Les objets sont apportés par les parents, ils permettent d'augmenter la variété des échanges entre eux. Le jeu avec un objet prend sa place sous la démonstration des adultes. Le bébé se rend compte qu'il peut changer son environnement. Il peut déplacer des objets, les casser, se faire de la place... Il apprend petit à petit comment, grâce à son corps, il peut agir sur ce qui l'entoure.

#### 2.2.1.7. Le « langage bébé »

Voici une caractéristique humaine commune à toutes les langues : le langage adapté aux enfants (LAE selon Robin, 1986b). Tout un chacun, nous ne parlons pas de la même façon à un bébé qu'à un adulte. Les caractéristiques de ce langage sont les suivantes :

- Vocabulaire réduit, simple et concret ;
- Nombreuses répétitions ;
- Emploi de petits noms et d'onomatopées ;
- Phrases simples et courtes ;
- Emploi de nombreuses phrases interrogatives ;
- Emploi du « nous » et « on » à la place du « je » et « tu » ;

- Variations de ton (aigu au grave) plus fréquentes et importantes ;
- Mimiques du visage très accentuées.

Toutes les caractéristiques de ce langage résultent sûrement d'une volonté de s'adapter aux compétences du nourrisson et d'aider à son développement. En effet, ce langage est complémentaire des autres échanges non-verbaux. Les pseudo-dialogues confèrent au bébé un véritable statut d'interlocuteur. Les parents posent des questions sans attendre de réponses en lui donnant la possibilité de le faire quand même. Les imitations des adultes des sons produits par l'enfant constituent pour lui l'équivalent d'un miroir et l'encourage à recommencer ses tentatives, et bientôt les pseudo-dialogues comprendront les vocalises du bébé. Grâce à tout cela, celui-ci commence son apprentissage des règles de sa langue maternelle et il commence à faire la distinction moi-autrui.

### **2.2.2. L'organisation des interactions**

#### **2.2.2.1. La « prise de tour »**

Outre le premier cri, la toute première interaction post-natale entre les parents et leur nouveau-né est lorsqu'on pose le bébé sur le ventre de sa mère. Vient ensuite la première tétée, ou le premier biberon, la première fois que le bébé est pris dans les bras (du père comme de la mère) et les premiers soins. C'est lors de ces moments, et dès le début, que le bébé commence à interagir avec son environnement. Le plus souvent, la mère occupe une place privilégiée. Les moyens de ces interactions seront étudiés plus tard. Les parents attribuent aux actions de leur bébé une signification, c'est là que naît la communication. Ces échanges sont la base de ce que sera plus tard une discussion. Un rythme est déjà mis en place dans l'échange, c'est la prise de tour. Par exemple, lorsque la mère donne le sein et que le bébé tète, elle ne le stimule pas, par contre dès qu'il s'arrête elle le remue et lui parle,

puis le bébé reprend la tétée quand elle s'arrête de parler. De même, les rythmes de sommeil et d'éveil du nourrisson se calquent petit à petit sur ceux de sa mère.

#### 2.2.2.2. L'ajustement

D'après Pêcheux (1990), l'ajustement correspond à la prise en compte par l'adulte des caractéristiques de l'enfant au cours des échanges. Il comprend les dimensions suivantes :

- La réactivité : l'adulte modifie son activité en fonction de ce que demande l'enfant ;
- La contingence : la réponse à la demande de l'enfant est rapide voire immédiate ;
- L'adéquation / pertinence :

la réponse est appropriée quant à sa nature et sa qualité ;

- La régularité : les réponses à une même demande sont régulièrement identiques.

L'ajustement est un système dyadique car tous les enfants ne sont pas les mêmes et ils changent avec le temps. Cela implique une adaptation permanente à tous ces changements. Il permet de développer les processus motivationnels du bébé et de lui faire comprendre que les signaux qu'il émet ont des effets sur les autres. Il apprend ainsi à prévoir leurs comportements. Le bébé sent que ses actions sont efficaces, il est motivé à continuer à agir et à explorer le monde.

#### 2.2.2.3. La régulation de la communication

Nous venons de le voir, une interaction entre un adulte et un bébé se compose d'une alternance de séquences de réponses et de retrait. L'enfant regarde l'adulte, puis se détourne, puis reprend l'échange. Brazelton (1992) note l'importance des pauses pour les petits. En effet, ils peuvent ainsi gérer leurs états internes et mieux contrôler l'afflux de stimulations extérieures. L'enfant peut contrôler ses états d'alerte, il est donc important de les respecter, il a besoin d'adapter son attention et son excitation aux situations.

C'est au cours de tous ces échanges que le petit construit sa personne et qu'il apprend à faire la différenciation moi-autrui. A 2-3 mois, il sait faire la différence entre une action de son fait et une action extérieure.

### 2.2.3. Le rôle des interactions dans le développement cognitif

Nous l'avons vu, lorsqu'un bébé pleure, il apprend petit à petit quel résultat cela donnera. Grâce à l'ajustement des parents et la régularité l'enfant apprend la causalité : « avec telle action j'obtiens ce résultat ». Par exemple : le son « mama » fait apparaître la mère, des pleurs font apparaître les parents...

Ces interactions sociales permettent à l'enfant de progresser constamment, l'adulte est considéré comme la référence, l'expert, à partir de laquelle se feront les acquisitions. La Zone Proximale de Développement (ZPD) se situe entre le potentiel effectif actuel de l'enfant et ce qu'il peut potentiellement faire. Les parents stimulent toujours leur enfant en considérant qu'il peut faire plus que ce qu'il peut réellement (Pêcheux, 2004), ce qui encourage l'enfant à se développer et à fournir les efforts de l'apprentissage.

## **2.3. Le développement affectif primaire selon Winnicott**

Dans la conférence de Winnicott (1945) intitulée « le développement affectif primaire » celui-ci émet son idée selon laquelle vers 5-6 mois le nourrisson change. Il devient assez habile pour saisir un objet et le mettre dans sa bouche à 5 mois, à 6 mois il le fait tomber volontairement. Winnicott remarque la différence qu'il y a entre le désir de faire une action et la réalité de l'habilité à la faire. C'est à 6 mois que le bébé comprend qu'il y a un dedans et un extérieur. Winnicott considère trois étapes au développement primaire affectif qui aboutit à la conception du « moi » : l'intégration, la personnalisation et la réalisation.

### **2.3.1. La mise en place du processus d'intégration**

Winnicott écrit que la dissociation est la conséquence d'une intégration inachevée ou partielle. Nous partons du pathologique pour mieux comprendre le sain. Lors de la mise en place du processus d'intégration, le moi n'est pas encore associé à tout ce qu'il comprend. Le nourrisson ne sait pas encore qu'il est le même quand il crie et quand il prend plaisir à la tétée. De même, il ne sait pas que sa mère est la même personne que celle qui lui donne le bain et qui lui donne le sein. C'est avec le temps, avec le souvenir des rêves lors d'alternances de phases d'éveil et de sommeil, que le bébé avance sur la voie de l'intégration.

### **2.3.2. La personnalisation**

La personnalisation est le sentiment que le bébé a de sa personne dans son corps. Sa construction se fait par, je cite Winnicott, l'« expérience instinctuelle et les expériences paisibles, répétées des soins corporels qui édifient par degrés ce que l'on peut appeler une personnalisation satisfaisante ». Les parents sont donc moteurs de ce processus car ils apportent à l'enfant ces expériences et le mettent dans des conditions qui lui permettent de développer ce sentiment propre de son corps entier.

### **2.3.3. La réalisation**

La réalisation consiste en la prise de conscience de la réalité extérieure. Petit à petit les objets viennent à l'enfant grâce aux parents (la nourriture, les jouets...). Il les imagine et quand il s'excite les imaginant, les parents arrivent avec les objets. Le bébé a alors conscience de la réalité extérieure. Il y a des moments où il mélange ce qu'il imagine et ce qui va venir. Il pense que c'est la même chose, pour lui ce qu'il hallucine est la réalité. Ces illusions apparaissent dans son esprit que si un adulte met le monde à la portée de l'enfant, un monde adapté à lui, bien sûr.

## **2.4. Les émotions**

L'émotion est le résultat d'un processus venant du cerveau. Elle correspond à un trouble de l'affectivité, c'est l'expression d'un état interne ressenti. Le corps est mis en jeu avec différentes réactions telles les jambes tremblantes ou la rougeur des joues. Tous ces processus nécessitent eux-aussi une maturation.

### **2.4.1. Les stades de développement de l'émotion**

Selon Wallon (1956/1985), l'enfant passe par différents stades qui combinent le développement émotionnel et relationnel.

#### **2.4.1.1. Le stade de l'impulsivité motrice (0-3 mois)**

Au cours de cette période, ce que montre le bébé à son entourage ne sont que des réflexes moteurs et posturaux, ce sont ses seuls moyens de pouvoir faire partager ses émotions. Le bébé est totalement dépendant de ses parents, et c'est ainsi qu'il leur fait comprendre ses besoins et qu'ils peuvent y répondre. Il s'agit tout d'abord de manifestations de la sensibilité interne et viscérale. Celle-ci est intimement liée à la motricité tonique, ce qui implique le retentissement de cette sensibilité sur la motricité et inversement. C'est pourquoi l'enfant exprime son ressenti grâce à son corps entier de façon explosive. A ce moment, la différence moi-autrui n'est pas effective, elle nécessite encore la maturation des sensibilités et les stimulations extérieures.

#### **2.4.1.2. La symbiose psychologique (3-9 mois)**

Le bébé commence à différencier ses besoins d'autrui. L'enfant qui mûrit peut petit à petit développer des mouvements volontaires et il s'éloigne des réflexes. Grâce aux adultes, le nourrisson a appris le processus de causalité et il sait quelle expression ou quel geste donne quel résultat, l'intention apparaît. Il peut enfin exprimer ses états affectifs en plus de

ses états physiques. C'est au cours de cette période que l'enfant choisit ses partenaires et émet ses préférences. Il se rend compte qu'il peut agir sur autrui et qu'il peut partager ses émotions et participer à l'ambiance. Les réponses de l'entourage lui permettent de diversifier son répertoire grâce au mimétisme. L'émotion contribue à l'éveil de la conscience de soi car c'est à ce moment que le petit commence à se différencier d'autrui.

#### **2.4.2. L'expression des émotions**

Au cours des six premiers mois, le répertoire de base des émotions va s'établir.

##### **2.4.2.1. Les premières semaines**

Dès la naissance, les moyens d'expression du bébé sont morphologiquement proches de ceux de l'adulte. Cependant, il lui est encore impossible de bien différencier les expressions les unes des autres et certaines peuvent être exprimées dans plusieurs situations différentes qui ne semblent pas appropriées pour un adulte : le dégoût apparaît pour une saveur désagréable, mais aussi lorsqu'on bloque la tête du petit. On dit alors que les expressions négatives expriment la détresse de l'enfant et les expressions positives sa satisfaction.

##### **2.4.2.2. A 2 mois**

A ce moment, on peut distinguer la joie, le dégoût, la tristesse, la colère et la surprise. La satisfaction et le sourire apparaissent quand le nourrisson est à l'origine d'un événement. S'il n'arrive pas à effectuer ce qu'il voulait faire il est mécontent, il est surpris s'il le résultat transgresse ses attentes.

##### **2.4.2.3. A 6 mois, la peur**

Elle apparaît à 6 mois. Elle est le signe d'un certain développement cognitif car elle implique la comparaison de la situation présente à d'autres événements entrés en mémoire et considérés comme une référence de structure et de stabilité.

### **2.4.3. La perception et la compréhension des émotions**

La faculté de différencier plusieurs expressions faciales se développe au cours des trois premiers mois de vie. Ce processus implique le développement en parallèle des capacités cognitives de l'enfant qui sont la perception, la mémoire, la discrimination et la représentation. L'environnement social et affectif est très important pour ces progrès.

Dès la naissance, les bébés sont capables de distinguer et d'imiter une personne joyeuse, triste ou surprise sans pour autant y attribuer le sentiment correspondant. A 2 mois, ils sont capables de le faire sur des modèles figés (images). A 3 mois, les différences sont bien définies entre la surprise et les deux autres émotions, tristesse et joie. Par contre, la différence entre la tristesse et la joie ne se fera que plus tard. On peut cependant observer des réponses comportementales différentes devant un visage souriant et un visage mécontent. A partir de 4 mois, les enfants apprennent la catégorisation et ils sont capables de reconnaître une même expression sur des visages différents.

### **2.4.4. L'organisation des émotions**

Les parents assimilent aux expressions de leur enfant des significations psychologiques qui sont codées par l'environnement social. Ils y réagissent en fonction de leur interprétation. Ils élaborent alors des représentations sur la personnalité du nourrisson. Celui-ci de son côté apprend à utiliser son corps pour se faire comprendre.

### **2.4.5. La régulation des émotions**

Le bébé dispose de quelques éléments pour contrôler les flux de ses émotions. Face à une situation de détresse, il peut sucer son pouce, détourner le regard et s'intéresser à autre chose, il a également une grande capacité à s'endormir s'il se trouve submergé par ses sensations. L'entourage lui permet aussi de comprendre quelles émotions seront plus tard tolérées dans la société. Les parents découragent les expressions agressives comme les

morsures, mais ils découragent aussi les pleurs. Leur but est d'apprendre à leur bébé à se dominer.

## **2.5. La relation parent-nourrisson**

Dans les premiers mois de vie, les personnes avec lesquelles le nourrisson est en contact sont ses parents. Il nous paraît important d'étudier les relations qui se tissent au sein de ce trio au cours de ces mois de confinement pour le bébé. La théorie de l'attachement de Bowlby (1958) expose comment ce lien particulier participe au développement du nourrisson.

Dans beaucoup de familles, au cours des six premiers mois, la mère est le personnage central de la vie du bébé, nous verrons que le père a lui aussi une grande place, et nous verrons que différents modèles familiaux existent.

### **2.5.1. La théorie de l'attachement selon Bowlby**

L'attachement correspond au lien affectif durable entre l'enfant et son entourage proche. Selon Bowlby (1978), l'enfant a un « besoin primaire d'attachement » qui a pour fonction de rechercher la proximité nécessaire à la survie du bébé ainsi que le maintien de cette proximité. Ce besoin de contact est inné, mais le lien affectif qui unit le nourrisson à la figure d'attachement nécessite une construction progressive. Les comportements que nous avons pu étudier que sont les cris, pleurs, succion, sourire, etc... sont autant de manifestations qui poussent l'adulte à venir vers l'enfant. Bowlby décrit trois étapes dans la construction du lien d'attachement, dont deux seulement nous concernent :

- De la naissance à 3 mois : c'est la phase préliminaire de l'attachement. Selon l'auteur, le nourrisson est apaisé par tout un répertoire de stimulations sociales ou

physiques (personnes ou sons par exemple). Les comportements de l'enfant ne changent pas en fonction de la personne avec laquelle il interagit et n'importe qui peut le consoler ;

- De 3 à 7 mois : c'est alors que le bébé noue des liens particuliers avec les personnes qui s'occupent de ses soins au quotidien. Le père et la mère sont donc ces personnes d'attachements principales. Le bébé cherche auprès d'eux une proximité physique ainsi qu'un sentiment de sécurité ;

- Jusqu'à 18 mois : le bébé consolide les liens qui l'unissent à ses parents.

Selon Bowlby, c'est au cours de la première année de vie d'un enfant que celui-ci intériorise la façon dont ses figures d'attachement se comportent avec lui. Apparaît alors progressivement une représentation de soi, du monde et des figures d'attachement.

Toujours selon l'auteur, le lien d'attachement favorise l'indépendance du bébé et participe au développement de ses capacités cognitives : le bébé peut explorer le monde à partir de ces figures d'attachement qui le réconfortent quand il se sent peu rassuré.

### **2.5.2. Les conceptions parentales qui orientent la relation parent-nourrisson**

Les conceptions parentales sont les idées qu'ont les parents sur ce que doit être le développement de leur enfant. Elles intègrent leurs comportements éducatifs. La mise en pratique de ces conceptions se fait dès la naissance. Les parents ont en général discuté de leurs conceptions au fil des mois de la grossesse et continuent à le faire et à négocier entre avec leur conceptions personnelles tout au long de la vie de leur enfant. Bukatko et Daehler (1992) ont catégorisé les différentes pratiques en quatre styles :

- Les parents autoritaires : le cadre éducatif est très structuré et exige son respect. L'obéissance doit être stricte et le comportement de l'enfant est contrôlé par les parents. Ceux-ci sont peu attentifs aux besoins de leur petit.
- Les parents démocrates : l'explication et le dialogue sont la clé de leur conception. Ils sont exigeants et signifient leurs attentes et limites. Une récompense revient à un comportement correct. Ces parents sont les plus attentifs aux besoins de leur enfant ;
- Les parents permissifs : ils sont très attentifs mais ont peu d'exigences, il y a un faible cadre éducatif et l'enfant joui d'une grande permissivité pour agir ;
- Les parents désengagés : ils sont centrés sur leurs propres problèmes. Ils ne sont pas exigeants, ne contrôlent pas le comportement de leur enfant, et ne sont pas attentifs à lui.

Chaque famille a sa propre conception qui rejoint plus ou moins certaines de ces catégories. Ces conceptions influencent constamment le développement de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à sa mort.

### **2.5.3. La mère, premier objet d'attachement**

Dans la culture traditionnelle occidentale, la mère est le personnage central des premiers temps de la vie d'un nourrisson car il a vécu 9 mois dans son ventre. C'est elle qui a cette préoccupation maternelle dès la naissance du fait de cette symbiose de la grossesse. Si c'est elle qui le nourrit au sein ou au biberon le lien étroit se confirme. Brazelton en 1981 explique qu'un bébé réagit différemment face à sa mère ou son père. Devant sa mère il mène l'interaction. Son expression s'anime et ses membres se tendent vers elle, puis ils se replient dans un mouvement lent et rythmé. Le visage de l'enfant est éclairé quand elle vient le chercher pour une interaction, il est intéressé, puis quand il est fatigué, il se replie sur lui-même et il a un regard morne. Lorsque la mère est située derrière son bébé de 3 semaines

et qu'elle lui parle, celui-ci fait une grimace, adoucit ses traits et ses membres ont un mouvement lent, régulier et prévisible. Le jeu de la mère et de son bébé est alterné. Il est lié aux rythmes des pauses du bébé (alerte/repli sur soi). Quand le petit est en état alerte, la mère a un visage détendu et serein, elle lui parle et fait des mimiques, et lui adresse des gestes doux et affectueux. Quand le bébé semble se replier sur lui-même elle ralentit son jeu. Elle suit donc le rythme donné par son enfant. Elle peut essayer de maintenir son attention en le regardant, en le touchant et en continuant l'interaction, mais elle doit pouvoir s'arrêter pour laisser le temps à son enfant de se reposer. On peut trouver là les débuts d'une communication sociale. Grâce à ce jeu de réponses mutuelles, la mère et l'enfant se font comprendre qu'ils sont liés, c'est là le début du développement affectif du petit et de son ouverture au monde. Il apprend aussi à maintenir son état d'alerte le plus longtemps possible grâce aux stimulations de sa mère et il apprend à se contrôler.

Selon Winnicott (1969) « Ce n'est qu'en se fondant sur la monotonie qu'une mère peut réussir à enrichir le monde de son enfant ». C'est aussi à elle de protéger le petit de tout ce qu'il ne peut pas encore comprendre et elle sert de « passerelle » entre lui et le monde extérieur. Un environnement suffisamment bon (« good enough » selon Winnicott) permet à l'enfant d'avoir des expériences, de débiter son existence et il devient capable d'avoir un *self* (un moi), sans cela il est possible que le *self* soit annihilé. Le « holding », notion apportée par Winnicott, participe à la création de cet environnement « suffisamment bon ». Ce terme correspond au maintien, c'est la façon dont le bébé est porté physiquement mais il désigne également tout l'environnement. Il participe à la création de l'état d'unité de l'enfant.

**Tableau 5. Les rôles du maintien selon Winnicott**

<b>Les rôles du maintien, Winnicott (1969)</b>
- Protection contre les dangers physiologiques ;
- Prise en compte de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température), de sa sensibilité auditive, visuelle, de sa sensibilité à la chute, et il prend aussi en compte le fait que l'enfant ignore l'existence de toute autre chose que le <i>self</i> .
- Il comprend toute la routine des soins jour et nuit, soins différent selon l'enfant, ils font partie de lui et tous les enfants sont différents.
- Il s'adapte aussi jour après jour aux changements infimes dus à la croissance et au développement, changements physiques et psychologiques.

Le maintien (tableau 5) est fondamental pour le lien entre la mère et son enfant car selon Winnicott « C'est peut-être la seule façon par laquelle une mère peut montrer à son enfant qu'elle l'aime ».

De façon générale, la mère a tendance à être très inquiète du à sa grande préoccupation et son inexpérience de cette situation de responsabilité. Elle est constamment assaillie de doutes et d'incertitudes, seule il est difficile de prendre du recul.

#### **2.5.4. Le père, objet concomitant d'attachement**

Le père, dans la culture traditionnelle occidentale, établit une autre relation avec son bébé. En effet, lors de la grossesse, il n'a pas vécu dans son corps la présence permanente et réelle de l'enfant, il n'a pu la vivre que de loin. Les recherches à venir nous éclaireront encore sur ce lien précoce père-enfant dont l'étude est encore récente tout comme l'est l'effectivité de la préoccupation paternelle. Un exemple qui ne date que d'une vingtaine d'année est l'étude de la « couvade » qui correspond au syndrome du père en grossesse : prise de poids, nausées etc... Remarquons également que ce n'est que le 4 mars 2002 avec

la loi n° 2002-305 relative à l'autorité parentale qu'il est écrit dans un texte officiel que, je cite, « les pères et mères exercent en commun l'autorité parentale » (article 327 du code civil, annexe 1), auparavant, seules les mères portaient légalement l'autorité parentale. D'autres études concernant la place du père dans la famille naissante se développent depuis les années -80 seulement.

Nous savons pour l'instant que lorsque le père est présent dès le début de la naissance, qu'il participe aux soins et aux jeux, et qu'il s'intéresse au tout petit, celui-ci le reconnaît au bout de deux semaines. Le rôle du père dépend entièrement de la place qu'il prend dans les premiers mois de vie. Il a une importance dans la rupture de la dyade mère/enfant. Selon Winnicott (1969) la relation du père avec la mère est très importante pour le bébé car elle contribue à la qualité de son environnement. Il équilibre la relation avec l'enfant et il harmonise la famille. Il aide la mère à être plus détendue, selon Brazelton (1992), il a un grand rôle de soutien et d'assistance avant même la naissance. Le père a également un rôle symbolique de rattachement à la lignée par le don du nom, bien que depuis la loi du 4 mars 2002 la possibilité de donner les deux noms existe. De nos jours, on peut dire que le père a une fonction symbolique attestant de la complémentarité homme-femme et de sa nécessité : il faut les deux pour que naisse un bébé. Dès la naissance, voire même la grossesse, le père peut marquer son rôle originel dans la création d'un enfant au sein de la relation à trois et ainsi, la mère le reconnaissant, le père prend cette place dans la famille. Il permet aussi à la famille de s'insérer dans la société car après ses deux semaines de congé paternel de naissance, il reprend son activité professionnelle, alors que la mère attend encore 2 mois et demi. Il permet la rupture de la dyade mère/enfant en sortant le bébé, parfois malgré eux. Cela amène la dimension sociale au petit et il acquiert alors la capacité de s'insérer dans la société.

Il est aujourd'hui admis que les hommes et les femmes ont les mêmes compétences pour répondre aux signes de leur enfant. Cela peut donc amener à un même lien d'attachement avec les deux parents.

Cependant, nous remarquons que le lien entre le père et son enfant est différent de celui avec sa mère. Dans la culture traditionnelle occidentale, le père est plus actif, il bouscule plus son enfant. Il l'excite en le chatouillant, en lui donnant des petites tapes et en le bousculant un peu pour qu'il progresse sur le plan moteur. Le père est synonyme de jeu. Au début, le bébé essaie de s'adapter aux grimaces de son père, il rentre les épaules et s'impatiente. Plus tard, à 3 semaines, la distinction entre le père et la mère est très nette.

D'après Brazelton (1981), il suffit d'observer un gros orteil pour savoir avec lequel des deux il interagit. Avec son père tout le corps du bébé est réactif et ses mouvements sont plus brusques. Si nous reprenons la situation précédente en plaçant le père derrière son enfant et qu'il lui parle, celui-ci rentre sa tête dans ses épaules, il allonge son visage, hausse les sourcils et se fige dans l'expectative, puis il se remet à bouger avec des gestes brusques. Les pères incitent les enfants à explorer et à devenir plus autonomes. Labrell (1992) décline quatre dimensions du rôle du père dans le développement de son enfant :

- L'autonomisation : il incite son enfant à se débrouiller seul ;
- Le partenariat : le père considère son enfant comme un égal, voire un rival ;
- La mise au défi : le père propose des situations déstabilisantes auxquelles il n'offre que des aides indirectes, avec des solutions plus difficiles ;
- La nouveauté : il propose de nouvelles situations qui bouleversent les acquisitions de son enfant et le forcent à remettre en question les règles qu'il a apprises.

Nous faisons remarquer que ces études datent de quelques années et que de nouvelles études sur le rôle du père ont été réalisées : Jean Le Camus (2005) décline quatre

modèles de pères qui prédominent aujourd'hui : le père sévère qui dit non à tout, les « papas-poules », les pères libérés qui se démarquent de la paternité traditionnelle et les pères présents qui disent oui avec discernement. Nous pouvons alors en déduire que le père comme nous l'avons décrit plus haut, bousculant son enfant, n'est plus totalement d'actualité. Ce rôle est indispensable à l'enfant certes, mais il peut être partagé entre le père et la mère, en fonction de leurs conceptions propres.

Le père et la mère ont à établir un nouvel équilibre dans leur relation de couple qui permet à leur enfant d'avoir un environnement équilibré. La présence de deux personnes complémentaires auprès du nourrisson lui permet de découvrir deux personnalités et d'accéder à une relation en triade plutôt qu'en dyade. Il apprend à agir différemment en fonction de la personne en face de lui. Ses parents lui apportent des choses complémentaires pour son développement, et on peut comprendre la présence des deux parents comme autant de richesse supplémentaire. L'enfant ainsi élevé apprend plus de choses plus rapidement.

Un enfant avec un environnement qui répond à ses besoins peut utiliser son énergie et ses expériences sensibles pour s'ouvrir au monde. Dès le début il interagit avec les personnes qu'il rencontre, selon ses capacités. Le développement et l'enrichissement de ces relations vont de pair avec des stimulations constantes et des encouragements de l'entourage. Le développement émotionnel peut se faire, chaque sens à son rôle et le développement cognitif est très lié au développement affectif. On a également vu que les deux parents ont leur place et leur rôle à jouer dans ce développement.

## **3. L'arrivée de la maladie dans la nouvelle famille**

La maladie du nourrisson est une situation où le lien entre les parents et leur enfant est mis en jeu de façon critique. En fonction de l'âge du petit et de ses capacités, les parents devront déployer tout leur art de la compréhension de leur enfant pour savoir ce qui se passe et pour passer l'alerte. Nous aborderons donc quelques pathologies et nous réfléchirons sur les réactions des parents.

### **3.1. Les troubles fonctionnels**

#### **3.1.1. Les coliques du nourrisson**

Les coliques sont très connues. Un grand nombre de jeunes parents viennent en consultation paniqués avec la phrase « docteur, mon bébé a des coliques, que puis-je faire ? ». Ils sont anxieux et ne trouvent pas de solution pour soulager leur enfant seuls. Cela commence le plus souvent 8 ou 15 jours après la naissance par des cris survenant peu après le repas et qui peuvent durer jusqu'au repas suivant. Ils surviennent à la fin de l'après-midi et dans la soirée. En général, ils ne durent pas au-delà de la première partie de la nuit. L'enfant paraît souffrir du ventre, c'est pourquoi on utilise le terme de "coliques". L'abdomen est un peu tendu, météorisé et l'émission de gaz intestinaux est plus fréquente. Le bébé est en réalité en bonne santé et son développement se poursuit normalement. Les parents le décrivent cependant comme étant "nerveux", il est hypertonique. Il est intéressant de constater le contraste entre ce bébé en bonne santé et son entourage très anxieux à son sujet.

A partir de là on peut s'orienter vers une explication psychologique du phénomène. Le plus souvent les coliques apparaissent dans une famille avec une mère anxieuse, selon Spitz (1968) (« sollicitude excessive et anxieuse de la mère ») et avec un bébé trouvé hyperactif. Certaines actions peuvent aider les parents à diminuer les crises de leur enfant : le bercement, la sucette, l'éloignement de la mère anxieuse. Celle-ci a du mal à gérer son anxiété. Le père est là pour l'aider à accepter le fait que cette part d'elle-même est maintenant en train de faire sa propre vie, ce qui implique beaucoup de dangers. Certaines études montrent par ailleurs que ces crises peuvent être dues à des troubles du développement qui se résolvent en quelques mois.

Le médecin peut aider les parents simplement par son attitude. Souvent ils ont consulté de nombreux médecins sans trouver de réponses adaptées à leur demande (qu'ils ne comprennent pas forcément eux-mêmes). Il suffit que le médecin qu'ils rencontrent réussisse à bien analyser les symptômes de leur enfant et qu'il accepte de prendre le temps de les écouter. Il peut les rassurer. Les parents se posent rapidement la question d'une maladie grave qui est ici absente. Le médecin se doit de bien connaître ce syndrome des coliques et de faire un examen clinique complet pour pouvoir écarter toute suspicion d'atteinte grave, et pour pouvoir aider les parents à comprendre leur enfant et la relation entre leur état émotionnel et son état.

### **3.1.2. Les insomnies du nourrisson**

Actuellement, la fréquence de l'insomnie croît dans nos sociétés. Cela correspondra à des difficultés d'installation et de maintien du sommeil (internet 1). Les fortes variations qui touchent le sommeil et son organisation en font un bon indicateur du développement du nourrisson. Les premiers mois sont naturellement instables. Les parents peuvent s'inquiéter de voir leur enfant qui tarde à « faire ses nuits », le médecin peut leur expliquer ce que cela

signifie pour leur enfant. Cependant, si l'insomnie persiste il faut s'alerter. Elle peut refléter des troubles relationnels avec l'entourage, des conditions de sommeil peu favorable ou encore une mauvaise prise en charge puéricultrice. Dans le cas d'une insomnie persistante, il est important de pouvoir discuter de la relation entre les parents et leur enfant dans sa globalité pour saisir l'origine de ces insomnies.

Lors d'une période d'insomnie le nourrisson est agité et lutte contre le sommeil, il peut même devenir agressif envers lui-même. Une autre possibilité est l'insomnie calme et silencieuse, elle est plus rare. Le bébé reste les yeux ouverts sans crier pendant de longues heures.

### **3.1.3. L'anorexie du nourrisson**

L'anorexie est un symptôme qui est encore fréquent chez les nourrissons de 5-6 mois. Une conduite d'opposition de l'enfant face à ses parents est à l'origine de ce symptôme. L'entourage cherche à forcer l'enfant à manger en ayant recours à des trésors d'imagination pour l'alimenter (jeux, contraintes, distractions, surprise...).

Malgré l'anorexie, à cet âge le bébé continue à se développer, à grandir et à prendre du poids. Il est en « bonne santé » outre le problème de l'alimentation.

Quand les parents viennent consulter le médecin, ils sont souvent tout absorbés par le symptôme même de l'anorexie. Ils sont inquiets quant à ce que cela pourrait induire comme étiologie somatique. On peut les rassurer et les faire prendre du recul, ils peuvent cesser de se focaliser sur l'alimentation et sortir de l'opposition dans laquelle se trouve leur enfant.

L'anorexie complexe relève d'une toute autre gravité. Elle peut s'installer bien plus tôt. Elle est intense et résiste aux méthodes usuelles. Le nourrisson se désintéresse

véritablement de la nourriture. La relation entre les parents et leur enfant est tout à fait perturbée, cela relève plutôt de la pédopsychiatrie, que nous ne traiterons pas ici.

## **3.2. Les maladies infectieuses**

### **3.2.1. La rhinopharyngite**

La rhinopharyngite consiste en un encombrement O.R.L. important, une fièvre qui peu exposer le nourrisson à des convulsions hyperthermiques, une dysphagie qui se manifeste par une anorexie brutale pour les solides, une inflammation nasale et une gêne respiratoire (Internet 3). La toux et les éternuements expulsent des glaires qui peuvent amener à des courtes crises d'étouffement. La réingestion de ces matières pulmonaires peut amener à des vomissements et cela peut modifier la flore intestinale, ce qui modifie les caractéristiques des selles (diarrhée).

Ce n'est pas une maladie au pronostic grave, mais elle est impressionnante par sa symptomatologie, ce qui inquiète rapidement la famille. L'évolution est favorable mais si l'enfant hypersécrète dans son arbre trachéo-bronchique il pourra être exposé à une nouvelle infection qui ira dans les bronchioles.

### **3.2.2. La bronchiolite**

La bronchiolite est l'aggravation d'une rhinopharyngite peu fébrile avec une toux sèche. Suivent alors une dyspnée et une polypnée avec des difficultés d'expiration.

Les problèmes respiratoires peuvent perturber l'alimentation, et le nourrisson s'épuise. On peut observer des signes de lutte et de distension thoracique. (Tableaux 6, 7 et 8)

On peut rassurer les parents quant à l'évolution qui est en générale favorable. Les signes d'obstruction disparaissent en 8 à 10 jours, la toux peut rester une quinzaine de jours. Il faut noter que les risques de détresse respiratoire sont plus importants chez les

nourrissons de moins de 6 semaines. La Haute Autorité de Santé a émis des règles pour les circonstances favorables à une aggravation de la bronchiolite et les risques courus en fonction des facteurs de risques (tableaux 6, 7 et 8). Il paraît important de dédramatiser la maladie par des campagnes d'information du grand public afin de diminuer la demande de soins. En effet les parents sont très rapidement affolés par les signes de détresse respiratoire, or la pathologie est rarement mortelle. Sa prise en charge est donc essentiellement symptomatique et consiste en une bonne hydratation et nutrition, ainsi qu'un couchage adapté (proclive dorsal à 30°, tête en légère extension) et une désobstruction nasale.

### **3.2.3. La gastro-entérite**

Lors d'un épisode de gastro-entérite aiguë (moins de 7 jours), le nourrisson a des diarrhées lorsqu'il a des selles liquides supérieures à 3 fois par jour diarrhée. Il peut être sujet à des vomissements dans 75% des cas (lorsqu'il s'agit de la courante affection infantile par le *rotavirus*). De la fièvre peut apparaître, elle est peu souvent importante, sauf dans une situation grave de déshydratation trop conséquente (Internet 4).

Les parents doivent alors réhydrater leur enfant avec des solutions hydro-électrolytiques sucrées qui compensent les déséquilibres électrolytiques et l'absence d'alimentation. L'enfant peut présenter des difficultés à boire et les parents trouvent la tâche lourde de forcer leur enfant à boire, mais n'oublions pas : « Un enfant déshydraté a soif ! Un enfant qui a soif, boit ! ».

## **3.3. L'alerte, vers l'inquiétude des parents**

L'alerte des parents est donnée avec les pleurs, les troubles du sommeil, des problèmes de respiration, des troubles de l'appétit, des vomissements ou des variations de

température. Tout changement de comportement est un signe pour les parents. Souvent il s'agit d'une régression à un stade de développement antérieur. Pour les parents, cette situation est angoissante et pose de nombreuses questions, mais il reste évident pour eux que quelque chose ne va pas.

### **3.3.1. Les pleurs**

Outre les coliques, les pleurs incessants sont un moyen de communication privilégié pour les bébés. Il existe toute une gamme de pleurs, les parents sont experts dans leur décryptage. Les pleurs de douleur et de malaise les font accourir. Les pleurs et les cris sont la première communication orale du bébé. Ainsi dès les premiers jours, même si ce n'est pas contrôlé intentionnellement par l'enfant, celui-ci peut communiquer son malaise. Les pleurs prennent la place du temps de jeu, l'enfant se renferme et partage moins de choses avec son entourage. Les moments de paix où l'enfant s'occupe seul disparaissent et c'est là un signe de régression dans le développement. Nous l'avons déjà vu, les pleurs sont un moyen pour l'enfant de se décharger d'une tension intérieure. Lorsque ceux-ci ne suffisent plus à cette décharge, le sommeil peut être une autre solution, ou alors le bébé est épuisé par la lutte que fait leur corps contre l'agression et il a besoin de plus de sommeil. Les parents s'inquiètent dès que leur enfant change d'humeur et de comportement.

### **3.3.2. Les troubles du sommeil**

Un enfant tendu et malade peut soit se plonger dans le sommeil pour échapper à son mal, soit raccourcir ses nuits. En général, cela est couplé aux pleurs. Lorsqu'un enfant raccourcit ses nuits, on observe une situation de régression : s'il faisait déjà « ses nuits », il reprend son rythme de sommeil irrégulier de quelques semaines auparavant, avec seulement quelques heures de sommeil entrecoupées de crises de pleurs.

### **3.3.3. Les troubles de la respiration**

Un enfant en dyspnée est ce qui peut faire réagir le plus vite un parent. Il n'est pas rare d'entendre des parents qui disent se réveiller la nuit pour vérifier que leur enfant respire, leur connaissance de décès suite à ce qu'on appelle la mort subite du nouveau-né est sûrement un paramètre d'inquiétude. Se rapprochant plus de la maladie, les infections pulmonaires se manifestent par un enfant ayant des difficultés respiratoires. Il peut respirer plus bruyamment comme plus rapidement.

### **3.3.4. Les troubles de l'appétit**

Souvent, quand un enfant va mal il se met à moins manger. Pour les parents, un enfant qui mange moins est synonyme de perte de poids et de retard de croissance, l'alerte est donnée. Un enfant qui mange plus inquiète moins les parents. Il est dans la pensée commune de notre société qu'une personne qui mange bien, est une personne bien portante.

### **3.3.5. Les vomissements**

Ces signes rejoignent les troubles de l'appétit dans l'interprétation qu'en ont les parents : un enfant qui rejette son repas est un enfant douloureux qui risque de perdre du poids.

### **3.3.6. Les variations de température**

Les parents surveillent de près l'état de conscience de leur enfant ainsi que sa température qui sont liés. La moindre hausse peut être source d'inquiétude. Je me souviens de parents qui sont venus aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Besançon car leur bébé de 2 mois avait 37.7°C de température et qu'elle ne baissait pas. Leur inquiétude les avait poussés à venir aux urgences malgré les recommandations de leur pédiatre leur demandant d'attendre la nuit afin de constater si elle revenait à un niveau normal.

Dès que l'enfant manifeste un ou plusieurs de ces signes, qui sont de ses rares moyens de communiquer son malaise, les parents se posent de multiples questions et agissent, souvent ils s'affolent très rapidement.

### **3.4. Les démarches des parents pour se rassurer**

#### **3.4.1. La consultation**

Comme l'exemple que l'on vient de voir, les parents sont tentés de consulter très vite. L'attente n'est plus tolérée, et les 3 jours recommandés pour attendre et voir si la fièvre passe ou se maintient ne sont plus appliqués.

De nos jours, les parents ont tendance à avoir une vision alarmiste de ce qui arrive à leur enfant. Ils ont peur, sans doute par leur manque de compréhension, par un besoin accru actuellement d'être soutenus, rassurés et écoutés par des spécialistes, par l'absence de proximité avec leurs propres parents qui sont rassurants, par leur manque de confiance dans leurs capacités parentales, par leur besoin de résoudre immédiatement le problème.

De plus, avec la légalisation et la popularisation des interruptions volontaires de grossesse (IVG) depuis la loi « Veil » en 1975, ainsi que le développement de la contraception féminine, par la maîtrise de la fécondité, le statut de l'enfant a changé. Il y a un ou deux enfants par couple, et celui-ci ne peut pas être malade. Sa vie ne peut être mise en danger car il est trop précieux et les parents s'investissent davantage dans leurs enfants. En effet, d'après l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), l'Indicateur Conjoncturel de Fécondité (nombre d'enfant par foyer) en 2007 en France est de 2.0 (internet 5), et d'après Charpin ce même indicateur a chuté considérablement aux alentours de 1970 (Tableau 9). Souvenez-vous, avant ces années -70, les bébés étaient baptisés dès les premiers jours car ils pouvaient ne pas survivre à ceux-ci, et cela était accepté. C'est ainsi qu'à la moindre alerte les parents réagissent plus ou moins violemment. Ils vont pour la

plupart se tourner vers des professionnels de la santé. Les moins inquiets appelleront leur pédiatre ou médecin généraliste pour savoir ce qu'il faut faire et déterminer s'il s'agit d'une véritable urgence. Les plus affolés iront directement à l'hôpital.

#### **3.4.2. Les recherches personnelles sur internet**

Passé cette étape, internet a une importance que nous ne pouvons plus négliger de nos jours. Les forums, tels ceux du célèbre site de vulgarisation médicale « Doctissimo » (Internet 7), sont très courus par les jeunes parents. Ils peuvent partager leurs expériences avec d'autres dans leur situation. Ils se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation. Ils peuvent aussi trouver des réponses à leurs questions d'ordre médical. Nous devons mettre une réserve sur la justesse des réponses qu'ils y trouvent. Rien ne vaut une consultation réelle avec un praticien, nous n'en doutons pas. Par contre, ce que les parents reçoivent avec ces informations, ce sont des choses qu'ils comprennent, avec des mots à eux. Trop souvent, les médecins ne prennent pas le temps d'écouter les parents et de bien saisir leur inquiétude, ou alors ils expliquent avec le vocabulaire médical incompréhensible pour un non initié. Les parents trouvent dans ces sites un réconfort et un soutien à leur inquiétude. Ils se trouvent un pouvoir d'action. Ils ne sont plus dans l'ignorance de ce qui se passe. Souvent c'est cela qui est le plus difficile pour eux. Ils ne comprennent pas la maladie du petit et ils se sentent impuissants pour l'aider. Ils n'ont pas confiance en leurs capacités de trouver seuls ce qui se passe et ils ne font pas totalement confiance en leur médecin. Ils vont chercher un maximum d'avis pour avoir une plus grande sûreté dans le diagnostic et la prise en charge. Il est du ressort du médecin d'établir un lien de confiance avec les parents pour que ceux-ci soient apaisés, et leur enfant aussi.

### **3.4.3. Le réseau familial**

Et le lien avec la famille et les grands-parents, qu'en est-il ? Nous devons admettre que ceux-ci arrivent après les deux autres d'après notre constatation et celle de la pédiatre le Dr Beaudé-Chervet. Avec l'individualisation de nos sociétés, les familles se sont isolées. Les grands-parents ne sont plus les premières références lorsqu'il s'agit d'un problème d'enfant, le reste de la famille non plus. Ceci n'est pas une généralité, mais une tendance observée. Autrefois, les grands-parents étaient appelés les premiers lorsque quelque chose n'allait pas, aujourd'hui les parents aiment montrer qu'ils peuvent se débrouiller sans, cette pratique se perd tout simplement.

Les parents anxieux s'affolent très rapidement et imaginent les pires maladies dès que le nez de leur enfant coule. La réponse immédiate et la seule action qu'ils peuvent faire pour cela est d'aller à l'hôpital. Les parents moins anxieux prennent plus de temps et appellent le médecin, consultent les sites internet, voire appellent leur propre famille et même consultent des livres sur la pédiatrie. Nous nous devons de constater qu'avec le contrôle des naissances et l'amélioration de l'espérance de vie, les peurs des parents prennent une nouvelle dimension et ils ont tendance à rapidement s'affoler.

### **3.5. La famille naissante et le médecin de l'enfant**

#### **3.5.1. Les parents demandeurs et le médecin de leur enfant**

Quand les parents arrivent en consultation pédiatrique ou aux urgences pour une maladie de leur enfant ils ont de nombreuses inquiétudes et interrogations :

« Qu'est-ce que c'est ? » ; « Est-ce grave ? » ; « Que peut-on faire ? »...

Quand les parents arrivent au cabinet du pédiatre c'est qu'ils se sentent déjà dépassés par la maladie. Ils ne la comprennent pas, et ils ne savent pas quoi faire. Le sentiment d'impuissance qui les envahit peut être néfaste pour l'enfant.

Différentes demandes envers le médecin apparaissent : ils se demandent si la maladie de leur enfant est de leur faute « peut-on le faire pleurer ? » « Est-ce nous qui le faisons pleurer ? ». Souvent ils posent cette question quand ils ne trouvent pas l'origine des pleurs et qu'ils ne réussissent pas à les calmer. Ils se demandent aussi dans quelle mesure ils peuvent aider leur enfant.

Les parents attendent du médecin qu'il réponde à toutes ces interrogations, ils veulent aussi que celui-ci soit capable de guérir le bébé, quoiqu'il arrive.

Il est important de les rassurer, de bien leur expliquer ce qui se passe et pointer ce qu'ils sont capables de faire pour soulager leur enfant. Leur présence auprès de celui-ci est tout d'abord primordiale.

Le pédiatre, ou le médecin généraliste qui s'occupe du petit, peut les écouter, et les aider à écouter leur enfant. C'est un premier pas vers leur compréhension de qui est cet être unique qui dépend d'eux. L'intervention du médecin, ou tout autre soignant dans une telle situation, porte sur une aide extérieure pour qu'ils comprennent que leur enfant n'est pas parfait et que tomber malade fait partie de la vie, même pour un bébé. Dolto (1979)

explique que pour répondre à la question que posent les parents en consultations « que dois-je faire » il n'y a pas de réponse que les parents n'aient déjà. Je cite l'auteure : « ils suggéraient déjà une solution, ou l'entrevoyaient. C'était tout prêt, mais ils n'osaient pas se lancer dans la direction à laquelle ils avaient pensé ». Le médecin est donc un tiers à la famille qui est un référent qui permet de valider les hypothèses des parents et de les conforter dans leur façon de faire. Il les rassure sur leur culpabilité qui est hors de proportion avec le niveau de malaise de leur enfant et il leur montre qu'il est tout à fait normal que pour eux ce soit difficile. Ce sont dans des moments comme ceux-ci que la présence des deux parents facilite l'apaisement de toute la famille. Le parent seul d'un enfant malade ne s'autorise pas à se relâcher ni à exprimer son inquiétude devant son enfant, or s'ils sont deux, les événements passeront plus facilement pour tout le monde. Le rôle du médecin est aussi de faire comprendre aux parents qu'il n'est pas tout puissant et que certaines choses ne sont pas dans ses capacités, malgré leur exigence d'assistance et de résultat.

Les parents ont souvent besoin qu'on leur dise simplement les choses et qu'on leur rappelle les fondements de notre vie sur terre : « vous avez mis au monde votre enfant, vous l'avez condamné » comme le dit le Dr Beaudé-Chervet. Sans dramatiser la situation, il importe donc de rappeler aux parents que si eux sont mortels et faillibles, leur enfant l'est aussi (ainsi que le médecin !).

### **3.5.2. Le soignant et l'enfant**

Pour pouvoir continuer notre réflexion nous devons traiter le sujet de la relation entre le soignant et l'enfant. A l'âge du nourrisson, celui-ci n'a pas encore de forte perception du « moi ». Il perçoit l'étranger comme ne faisant pas partie de sa relation avec ses parents. Cela varie en fonction de l'âge du petit, mais le médecin doit pouvoir s'adapter à

son âge pour être en lien avec lui. Le bébé reste souvent dans les bras des parents pour être rassuré au maximum et ne pas rajouter de crispation lors de la consultation, sauf pour l'examen à la table. A ce moment, les parents restent proches pour familiariser le bébé à l'étranger. Le médecin doit lui être patient et souriant. Il doit pouvoir décoder tous les signes du petit selon son stade de développement pour établir un diagnostic. Le risque est que le bébé ne supporte pas la séparation et qu'il pleure sans relâche tant qu'il n'est pas dans les bras de ses parents. La relation entre le médecin et le bébé à cet âge reste cependant mince. Malgré cela, il est important de construire une relation de confiance très tôt, pour que plus tard, l'enfant n'ait pas la fameuse « peur des blouses blanches ».

### **3.5.3. Les parents insécurisés et leur enfant malade**

Brazelton (1992) insiste sur le fait que les parents doivent rester auprès de leur enfant au début de sa maladie, surtout s'il est hospitalisé. Un enfant face à une maladie se sent anéanti. Il se croit coupable d'une faute, et surtout il ne sait pas ce qu'il doit faire. S'il se sent coupable, il a l'impression que la maladie est méritée. Le risque, selon Brazelton, est qu'il ne cherche pas à se soigner. Il est important que les parents lui expliquent que ce n'est pas de sa faute et que les médecins s'occupent de lui dès le plus jeune âge. Il faut expliquer ce qu'il se passe, il faut pouvoir parler de la maladie et de ce qui fait mal, sans dramatiser ni minimiser ce qu'il se passe. L'enfant a besoin de comprendre ce qu'on lui fait. Si les soignants sont présentés par les parents, ils sont « validés », l'enfant peut alors leur faire confiance. Cela commence dès le plus jeune âge. Il faut pouvoir faire comprendre cela aux parents et leur montrer l'importance de leur présence dès le plus jeune âge dans des situations difficiles comme celle d'une maladie. Les parents inquiets peuvent transmettre leurs émotions à leur bébé et cela peut troubler son état, et perturber son rétablissement.

Il est important de bien expliquer aux parents comme au nourrisson ce qui se passe, ce que chacun peut faire pour le confort du petit et son rétablissement, mais aussi leur faire comprendre à tous que la maladie est « normale » dans le cours d'une vie. Dans les pathologies courantes comme celles que nous avons traitées, il y a souvent une solution peu compliquée au problème. De nos jours, nous avons vu que les parents sont dans des situations anxieuses peu communes il y a quelques dizaines d'années car ils sont seuls et sans soutien. Le médecin doit pouvoir en tenir compte et aider les parents comme l'enfant à passer ce moment difficile qu'est la maladie. Au fur et à mesure une relation de confiance s'établit entre les parents qui rendent les rencontres suivantes plus faciles, l'enfant montre à ses parents qu'il peut résister à beaucoup de choses et ils lui font plus confiance également, il les rassure.

### **3.6. Quelques illustrations**

Pour finir, nous illustrons nos discussions par deux situations dans deux familles différentes, une peu alarmiste et une anxieuse, pour mieux saisir la réalité de notre réflexion.

#### **3.6.1. Une famille peu alarmiste**

Une mère, nommée Mme L., que j'ai interrogée, a accepté de me raconter comment cela se passait avec sa fille K. âgée aujourd'hui de 17 mois :

*Les premières coliques apparurent lors du deuxième mois de vie de K. Elle pleurait sans cesse, à en avoir « la tête qui explose », selon Mme L. Celle-ci est d'un tempérament calme. Elle ne s'inquiète pas facilement et préfère attendre avant d'aller consulter. Lorsque les premières crises de pleurs commencèrent sans qu'elle ne sache quoi faire, elle appela ses sœurs qui sont chacune mères de 2 enfants. Elles lui expliquèrent comment tenir la petite*

*sur les genoux ou dans les bras et comment masser son ventre pour activer la digestion. En effet, Mme L. avait remarqué que les premiers cris avaient coïncidé avec l'arrêt de l'allaitement strict et le début de l'alternance allaitement/biberon. Elle considéra les pleurs comme la manifestation des difficultés de sa fille à digérer. Elle appliqua les conseils de ses sœurs et elle observa une amélioration, dans l'évacuation des gaz de la petite et l'apaisement de celle-ci. Elle remarqua aussi que les cris arrêtèrent un mois après, ce qu'elle attribua à la maturation du système digestif de sa fille. Elle précise que cette période fut difficile pour le couple, et que le fait d'être deux n'était pas superflu, car cela permettait à chacun de souffler, le père ayant le même caractère posé que la mère, aucun des deux ne s'affola quant aux cris de leur enfant.*

On voit ici une famille calme qui chercha à d'abord trouver une solution dans la famille avant de s'orienter vers des professionnels. La double présence du père et de la mère permettait à chacun de penser à autre chose, d'évacuer l'inquiétude et de partager la fatigue.

*Ensuite, elle m'explique que K. était très sujette à des rhinites, elle les découvrait ainsi: le nez qui coule, la température qui augmente, et surtout la baisse d'appétit. Aujourd'hui, elle me raconte que si sa fille dort dans la journée ou qu'elle ne mange pas, c'est qu'il y a un problème. Quand une telle situation arrive, elle appelle son pédiatre, suit les indications et attend, elle va consulter si vraiment ils pensent que c'est grave.*

On voit une situation qui est l'inverse de ce que l'on vient de décrire. La mère ne s'inquiète pas tôt mais interroge son entourage familial sur les pleurs, puis les médecins quand elle considère que cela relève du médical.

*Elle me raconte enfin que pendant longtemps sa fille pleurait en son absence et en la présence de son père, jusqu'à même ne pas s'arrêter tant qu'elle n'était pas là. Cette*

*situation l'épuisa si bien qu'un jour une assistante de PMI (Protection Maternelle et Infantile) lui fit remarquer que sa fille jouait avec elle. Le père se demandait s'il n'avait pas fait quelque chose à sa fille pour qu'elle ne profite pas de sa présence. Il en est même venu à se demander si elle l'aimait. Suivant les conseils de l'assistante de PMI, Mme L. laissa son mari s'occuper seul de K. pendant de longs moments dans les journées. Pendant ce temps elle allait se promener, et elle reconnaît que cela lui fit le plus grand bien. Enfin, au bout d'une semaine de soins paternels, K. ne criait plus en présence de M.L.*

Nous illustrons ici l'importance du partage des tâches et de la préoccupation pour la santé des deux parents et l'importance de la présence du père dès les débuts pour que le bébé et la mère le reconnaissent. Nous voyons les questions que des parents peuvent se poser face un enfant qui pleure sans qu'ils ne puissent rien y faire. Ici la solution fut apportée par une assistante de PMI, les parents l'ont mise en pratique et le résultat montre qu'ils acceptaient cet avis. Fréquemment, il suffit d'avoir un regard extérieur au cercle restreint de la famille pour accéder à une prise de distance qui n'existe plus quand on est épuisé par des pleurs.

### **3.6.2. Une famille anxieuse**

Reprenons l'exemple cité plus haut de cette famille que j'ai rencontrée au CHU de Besançon.

*Le bébé de 2 mois avait une température anormalement élevée à 37,7°C, notons que la température de référence « normale » est de 37,5°C. Ce bébé était le premier enfant d'un jeune couple plutôt incertain de sa capacité à s'occuper du petit et de la justesse de ses observations. Les parents n'avaient pas leur famille à proximité, habitant chacun dans des villes différentes de leurs propres parents. Ils avaient consulté leur pédiatre le matin à propos*

*de leurs inquiétudes quand à cette température élevée qui pour eux était synonyme de fièvre, donc de pathologie. Le pédiatre leur avait simplement recommandé de la patience ainsi que l'administration d'une dose adaptée de paracétamol. Il leur avait demandé de rappeler le lendemain si la température n'avait pas baissé.*

On se trouve ici dans une situation où les parents sont seuls pour gérer leurs inquiétudes. Le médecin a agit selon le protocole dans une telle situation qui pour tout autre que les parents ne paraît pas grave au premier abord.

*Le soir venu, la température était restée au même niveau, l'inquiétude des parents aussi. Ne pouvant plus appeler leur pédiatre, ils se tournèrent vers les urgences pédiatriques de l'hôpital de Besançon. Les accueillant, je fus d'abord surprise du motif de consultation, puis, en discutant avec le personnel soignant et les parents, je me suis rendue compte qu'une toute autre dimension que la simple élévation de température entraînait en jeu à ce moment. Ce couple était le seul de son entourage à être jeune parent, il était également éloigné des grands-parents. Ils n'avaient de notion médicale que ce que les médias et les documentations de vulgarisation médicale leur avaient donné. Ils avaient en tête toutes les pathologies orphelines des enfants, notamment la varicelle, ainsi que leurs conséquences chez un nourrisson. Inquiets par toutes ces informations alarmistes, ils ne voyaient pas d'autre solution que d'aller aux urgences pour aider leur enfant.*

De toute évidence, ces parents ne furent pas totalement rassurés par le pédiatre en début de journée. Le manque de possibilité de partage de leurs expériences ainsi que les informations qu'ils ont récoltées, inconsciemment ou consciemment, par les médias, leur ont donné une image inquiétante de la maladie dont un des signes les plus démonstratifs est la hausse de température. Déjà tendus par leur nouveau statut de parent, ils ne connaissaient pas les conséquences d'un tel signe, et préféraient consulter plutôt que de

culpabiliser de n'avoir rien fait pour leur enfant. Leurs propres parents éloignés et le cabinet du pédiatre fermé, c'est naturellement vers les urgences qu'ils se sont dirigés.

*Enfin, j'ai pu remarquer que c'est le père, le carnet de santé de son enfant à la main, qui est venu au bureau d'accueil des urgences. Il semblait avoir beaucoup d'interrogations et de préoccupations à l'égard de son enfant mais il n'osait pas les exprimer dans le couloir. La mère, quelques mètres derrière le père, le bébé dans les bras, tendait l'oreille à ce que disait son mari à l'équipe de soignant. Elle semblait plus détendue que le père et surtout elle s'adressait calmement à son enfant alors que le père avait une voix anxieuse. Elle est ensuite venue chercher son mari par la main pour s'asseoir dans la salle d'attente. Il m'a semblé comprendre, d'après ce que j'ai pu entendre de leur conversation, que ce soit le père qui ait insisté pour venir aux urgences.*

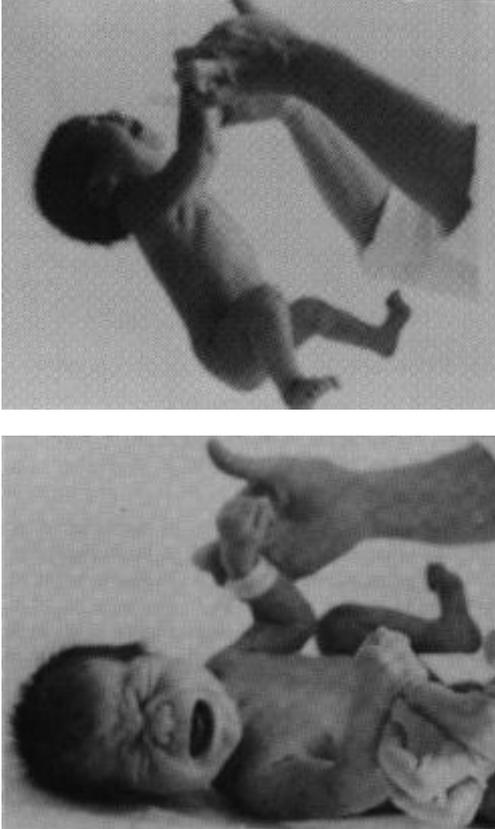
Nous voyons ici une situation intéressante où le père semble plus inquiet que la mère quant à l'état de santé son enfant. Le père exprime tout son désarroi et son impuissance face à l'idée d'une pathologie chez son enfant dans sa sollicitude de l'aide médicale. Sa femme le soutient dans sa demande car il était important pour eux de rester unis dans un moment de questionnement comme celui-ci.

Le rôle de l'équipe médicale était de prendre en charge cet enfant admis comme fiévreux tout comme ses parents inquiets et de les aider à comprendre la situation par des explications satisfaisantes, pour que la fois suivante peut-être, les parents réagissent de façon plus adaptée à la réalité de l'état de leur enfant.

Un enfant malade est une grande source d'inquiétude et de d'interrogations pour des parents qui sont souvent éloignés de leurs propres parents et qui ont des difficultés à partager leurs expériences. L'alerte est donnée lorsque les parents considèrent certains signes de leur enfant révélateur d'une pathologie. Ils consultent alors leur médecin, font des recherches sur internet et appellent leur famille pour trouver réconfort, explications et des moyens d'action pour aider leur enfant. Les parents sont très demandeurs vis-à-vis du médecin de leur enfant et très exigeants. Le médecin a un rôle auprès de l'enfant mais aussi des parents, il les rassure et leur explique quel rôle ils peuvent jouer dans le rétablissement de leur enfant.

# ICONOGRAPHIE

Tableau 1. Réflexes Archaïques

Réflexes archaïques	Définition	Photos
<p><b>Grasping</b></p>	<p>Lorsque l'on place un index dans la paume de l'enfant, cette simulation entraîne une forte flexion des doigts. Cette manœuvre peut être faite simultanément des deux côtés et la flexion forte des doigts permet de soulever l'enfant et de l'amener en position assise.</p>	
<p><b>Marche automatique</b></p>	<p>Il a deux composantes: le réflexe de redressement: le bébé tend les membres inférieurs si on le fait reposer sur la plante des pieds. Ce réflexe disparaît au bout de 2 ou 3 mois, pour réapparaître plus tard sous forme volontaire.</p>	

<p><b>Succion</b></p>	<p>Lorsqu'on lui caresse une joue, un nouveau-né tourne aussitôt la tête vers la main qui l'effleure et ses lèvres cherchent alors quelque chose à sucer.</p> <p>La succion non nutritive est également facile à analyser en plaçant le petit doigt, recourbé vers le bas, sur la partie moyenne de la langue ; ce seul contact stimule le réflexe de succion.</p>	
<p><b>Réflexe de Moro</b></p>	<p>Lorsque l'environnement du bébé change brusquement, par un bruit, un mouvement vif, il écarte les 2 bras symétriquement, se rejoignant en arc de cercle, relève les jambes et se met à pleurer.</p>	
<p><b>Réflexe des points cardinaux</b></p>	<p>Lorsqu'on touche la joue ou la bouche du bébé, il tourne automatiquement la tête vers la source de la stimulation. Les odeurs connues et le contact avec le corps de la maman provoquent la même réaction. Réflexe très utile pour trouver le sein ou le biberon.</p>	
<p><b>Réflexe d'allongement croisé</b></p>	<p>Un pied est stimulé par frottement de la plante, le membre inférieur étant maintenu en extension. La réponse de la jambe libre à cette stimulation est analysée selon 3 composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• extension, après un rapide mouvement de retrait en flexion</li> <li>• éventail des orteils</li> <li>• adduction qui amène le pied libre sur le pied stimulé</li> </ul>	

<b>Réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC)</b>	Ou réflexe de l'escrimeur. Observé en décubitus dorsal avec rotation de la tête d'un côté : bras occipital fléchi, bras facial étendu.	
<b>Le réflexe tonique labyrinthique</b>	Il apparaît dans l'utérus, il est présent lors de la naissance et est aussi inhibé environ quatre mois après la naissance. Lorsque la tête s'éloigne de la colonne vertébrale en bougeant vers l'arrière, les bras et les jambes s'étendent et vont se recroqueviller lorsque la tête bouge vers l'avant. Ce réflexe a rapport au contrôle de la tête qui aura un grand impact sur le sens de l'équilibre, de la proprioception (perception de différentes parties du corps dans l'espace, au repos ou en mouvement), de la perception visuelle et de la tonicité musculaire.	

**Tableau 2. Score d'APGAR**

COTATION	0	1	2
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100
Mouvements Respiratoires	0	Irréguliers	Réguliers
Tonus Musculaire	0	Léger tonus en flexion extrémités	bon tonus en flexion
Réactivité à la stimulation cutanée	0	Grimace ou léger mouvement	Cri
Coloration	Cyanose ou pâleur	Extrémités cyanosées, corps rose	enfant totalement rose

**Tableau 3. Les mouvements *in utero***

<b>Classification des mouvements <i>in utero</i> selon Pretchl (1984)</b>
- <i>Mouvements généraux</i> : le corps du nouveau-né bouge entièrement, la durée des mouvements varie de quelques secondes à une minute ;
- <i>Mouvements isolés des bras et des jambes</i> : le nouveau-né fléchit, étend ou tourne ses bras ou ses jambes. Ces mouvements peuvent être asymétriques et ont une durée variable ;
- <i>Sursauts</i> : petits mouvement généralisés et très rapides ;
- <i>Clonies</i> : petits mouvements rythmiques d'une ou plusieurs extrémités, ils se succèdent rapidement (4 à 7 par seconde) ;
- <i>Secousses</i> : mouvements isolés et rapides de la tête ou d'un membre ;
- <i>Bâillements</i> : mouvements involontaires qui consistent à ouvrir largement la bouche lentement ;
- <i>Contacts main-bouche</i> : la main touche la bouche, en général ces contacts sont brefs, parfois la main reste en contact avec la bouche ou la peau.

**Tableau 4. L'expérience du pont-levis**

<b>L'expérience du pont-levis Baillargeon, Spelke et Wasserman, 1985</b>
<p>Cette expérience est basée sur la méthode d'habituation/transgression des attentes (on habitue des bébés à une situation, puis on la transgresse pour étudier sa réaction).</p> <p>Des bébés de quatre mois sont habitués au mouvement d'un volet qui effectue une rotation de 180 degrés avant/arrière par rapport au plancher sur lequel il est fixé. Au départ, le volet est à plat en avant sur le plancher. Il se lève et amorce sa rotation arrière. Une fois qu'il atteint le plancher vers l'arrière, le volet repart vers l'avant et ainsi de suite. Entre l'habituation et la phase test, une boîte est placée derrière le volet de sorte que ce que la rotation du volet cache entièrement la boîte et qu'il ne puisse pas s'effectuer complètement, le volet étant stoppé par la boîte. En phase test, un événement attendu et un événement inattendu sont présentés. L'événement attendu est une rotation de 120 degrés du volet puis, stoppé par la boîte revient en avant. L'événement inattendu est une rotation complète du volet malgré la présence de la boîte. Les bébés de 4 mois regardent plus longtemps l'événement inattendu, indiquant qu'ils savent qu'un objet caché continue à exister.</p>

**Tableau 5. Les rôles du maintien selon Winnicott**

**Les rôles du maintien,  
Winnicott (1969)**

- Protection contre les dangers physiologiques ;
- Prise en compte de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température), de sa sensibilité auditive, visuelle, de sa sensibilité à la chute, et il prend aussi en compte le fait que l'enfant ignore l'existence de toute autre chose que le *self*.
- Il comprend toute la routine des soins jour et nuit, soins différents selon l'enfant, ils font partie de lui et tous les enfants sont différents.
- Il s'adapte aussi jour après jour aux changements infimes dus à la croissance et au développement, changements physiques et psychologiques.

**Tableau 6. (Internet 2)**

**Face à une bronchiolite du nourrisson, le médecin dispense à la famille une information précise et s'assure de la bonne compréhension des signes d'aggravation tels que :**

- Refus d'alimentation
- Troubles digestifs
- Changement de comportement
- Détérioration de l'état respiratoire
- Élévation thermique.

**Tableau 7. (internet 2)**

**Lors d'une Bronchiolite ,l'hospitalisation s'impose en présence d'un des critères de gravité suivants :**

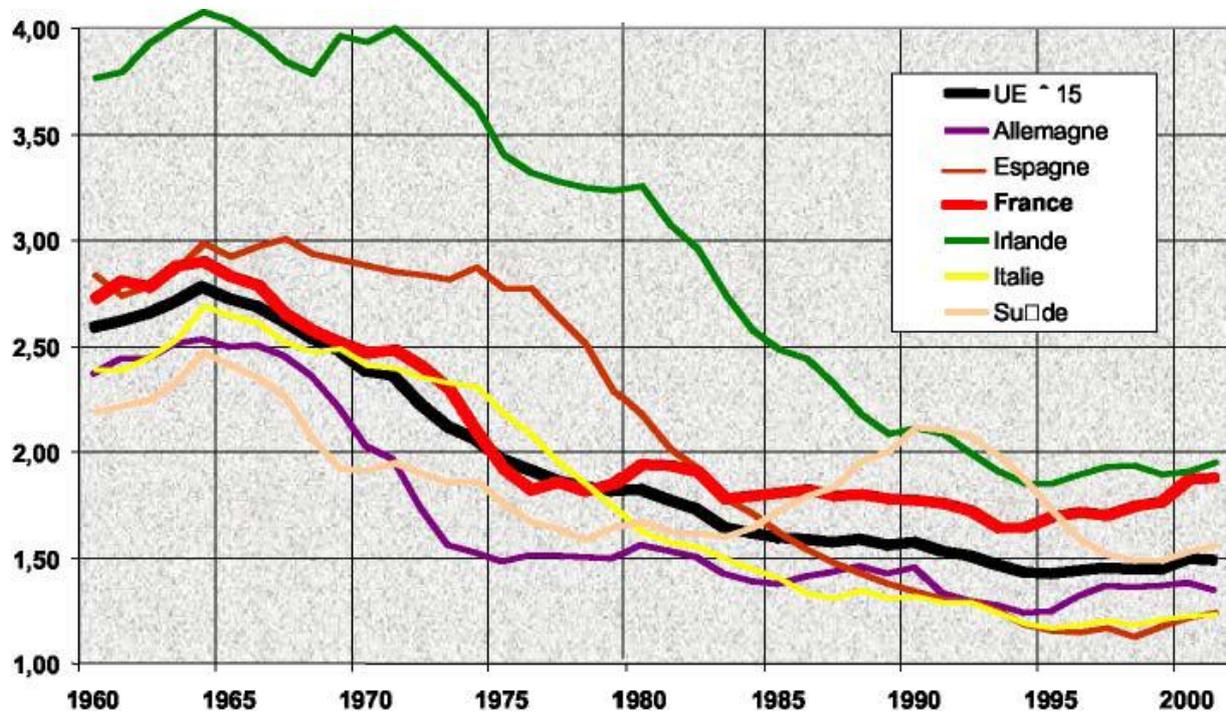
- aspect " toxique " (altération importante de l'état général)
- survenue d'apnée, présence d'une cyanose
- fréquence respiratoire > 60/minute
- âge < 6 semaines
- prématurité < 34 SA, âge corrigé < à 3 mois
- cardiopathies sous-jacente, pathologie pulmonaire chronique grave
- saturation artérielle transcutanée en oxygène (SpO<sub>2tc</sub>) < 94 % sous air et au repos ou lors de la prise des biberons
- troubles digestifs compromettant l'hydratation, déshydratation avec perte de poids > 5 %
- difficultés psychosociales
- présence d'un trouble de ventilation confirmé par une radiographie thoracique, pratiquée d'après des arguments cliniques.

**Tableau 8.**

**En face d'une Bronchiolite, critères cliniques de gravité à considérer pour un recours hospitalier, outre les situations à risque majeur précitées (cf. tableau 3) :**

- Facteurs cliniques :
  - . importance de l'altération de l'état général
  - . intensité de la gêne respiratoire
  - . âge de l'enfant.
- Données anamnestiques devant tenir compte de :
  - . l'observation parentale de l'enfant (" malaise ", troubles du comportement)
  - . des antécédents
  - . du caractère traînant de la gêne respiratoire.
- Données environnementales :
  - . les capacités de la famille en termes de surveillance, de compréhension, d'accès aux soins
  - . les conditions de vie de l'enfant et les ressources sanitaires locales.

Tableau 9. Indicateur conjoncturel de fécondité dans l'UE à 15 de 1960 à 2002 (Internet 6)



**Annexe 1. Article 372 du Code Civil modifié par la Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 - art. 5 JORF 5 mars 2002 (Internet 8)**

« Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.

Toutefois, lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'entre eux plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant.

L'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère devant le greffier en chef du tribunal de grande instance ou sur décision du juge aux affaires familiales. »

## CONCLUSION

Le rôle des parents (ou adulte responsable) est indispensable au développement sain du nourrisson. Entre 0 et 6 mois, il est totalement dépendant de son entourage quant à sa survie.

Les parents sont une source de stimulations et d'encouragement pour le bébé qui s'exerce à mieux contrôler son corps. Grâce au modèle des parents, le nouveau-né peut découvrir son corps et développer son habilité motrice et posturale. Il prend les objets qu'on lui tend et utilise tous ses sens pour comprendre le monde qui l'entoure. Ainsi son intelligence s'éveille, il apprend la physique du monde, il aborde les subtilités du langage et développe ses facultés de connaissances.

Les parents sont également la principale source de stimulation affective pour le nourrisson. Ils utilisent entre eux nombres de moyens de communication pour pouvoir échanger et interagir. Le développement affectif du nourrisson ainsi que le développement de ses émotions nécessitent du temps et la présence constante de l'entourage stimulant et rassurant dès le premier jour.

Le père et la mère ont tous les deux des fonctions différentes dans leur relation à trois avec le nourrisson. Le père rompt la dyade mère-enfant et les relations au sein de ce trio sont très différentes selon les familles. De nos jours, le père joui d'une certaine liberté sociologique et culturelle récente quant à sa place dans sa famille.

L'arrivée de la maladie dans la famille naissante est source d'inquiétude pour les parents. La relation à trois dans la famille est mise en jeu dans une situation où l'enfant est en difficulté. Les parents s'inquiètent quant à son devenir. Ils se sentent impuissants face à la

maladie de leur enfant et des idées qu'ils s'en font. Ils ont besoin d'être rassurés et écoutés par le médecin qui leur montre alors leur capacité d'être parents. Les familles actuelles étant séparées des grands-parents, il nous est apparu que c'était le rôle du médecin que de montrer ce caractère indispensable de la présence des deux parents dans le développement du nourrisson, ainsi que dans la maladie. Toutes les familles ne réagissent pas de la même façon dans une telle situation, certaines sont particulièrement anxieuses, d'autres sont moins alarmistes, mais chacune s'inquiète. Le rôle du médecin est aussi de leur faire comprendre la maladie de leur enfant et comment ils peuvent l'aider, pour qu'eux-mêmes ne se sentent plus impuissants.

Le bébé se développe et se structure avec l'apport de soin, de compréhension et de stimuli prodigués par son entourage (le ou les parents ou autre(s) adulte référent et constant). Le rôle du médecin est de faire comprendre ce constat aux parents. Il nous paraît important de pouvoir faire partager à travers cet écrit le rôle que peut jouer le médecin en aidant les jeunes parents à avoir confiance en eux. La plupart sont seuls (sans les grands-parents) et se tournent vers le médecin de leur enfant pour obtenir les réponses à leurs questions et de l'aide dans des situations inquiétantes.

Suite à cet écrit, il nous paraît intéressant de continuer à développer cet axe de réflexion, concernant le caractère indispensable de la présence des parents pour le développement de leur enfant et l'aide que peut leur apporter le médecin, dans les années suivant les premiers mois de vie du nourrisson.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

Baillargeon R., Spelke E.S., Wasserman S. (1985). "Object permanence in five-month-old infants", *Cognition*, 20, 191-208.

Baudier A., Celeste B., (2<sup>e</sup> édition, 2002), *Le développement affectif et social du jeune enfant*, Armand colin, 186p

Bowlby J. (1958), "The nature of the child's tie to his mother", *International journal of Psycho-analysis*, 69, 350-373

Bowlby J. (1978), *L'Attachement*, Paris, PUF

Brazelton T.B. (1992), *Points forts – De la naissance à 3 ans*, Poche, 608p

Brazelton T.B. (1981), *La naissance d'une famille*, Points Essais, 319p

Bukatko D., Daehler M.W. (1992). *Child development. A topical approach*, Boston, Houghton Mifflin Company.

David M. (1998), *0 à 2 ans – Vie affective et problèmes familiaux*, Dunod, 128p

Dolto F. (1979), Sur l'insécurité des parents dans l'éducation, *Les étapes majeures de l'enfance*, ed Folio essais, 19-56

Durand K. (2005), *Le développement psychologique du bébé*, Dunod, 128p

Eisenberg R.B., et al, (1967) "Auditory Behavior in the Human Neonate : A Preliminary Report." *Journal of Speech and Hearing Research*, 7, 245-69

Fantz R.L. (1963), "Pattern vision in young infants", *Psychological Record*, 58, 43-47

Freud (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*

Hernandez-reif M., Field T., Diego M., Largie S. (2003), "Haptic habituation to temperatures is slower in newborns of depressed mothers", *Infancy*, 4, 47-63

Illingworth R.S. (1990), *Développement psychomoteur de l'enfant*, Paris, Masson, 2<sup>e</sup> ed.

Johnson S.P. (2000). "The development of visual surface perception: insights into the ontogeny of knowledge", in J.W. FAGEN, H. HAYNE (éd.), *Progress in Infancy Research*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Kreisler L., Fain M., Soulé M. (1974), *L'enfant et son corps*, P.U.F., 552p

Labrell F. (1992). *Contributions paternelles au développement cognitif de l'enfant dans la deuxième année*, thèse de doctorat, Paris-V.

Le Camus J. (2005), *Comment être père aujourd'hui*, Jacob, 219p, 96-104

Lecuyer R., Durand K. (1998). "Two-dimensional representations of the third dimension and their perception by infants", *Perception*, 27, 465-472.

McFarlane A. (1975). *Olfaction in the Development of Social Preferences in the Human Neonate*, Parent infant interaction, Ciba Foundation Symposium, 33, 103-118

Meltzoff A.N., Moore M.K. (1999). "Persons and representation : why infant imitation is important for theories of human development", in NADEL J., BUTTERWORTH G., *Imitation in Infancy*, Cambridge, Cambridge University Press.

Messinger D., Dondi M, Nelson-Goens G.C., Beghi A., Fogel A., Simion F. (2002) "How sleeping neonates smile", *Developmental Science*, 5, 48-54.

Nadel J. (1981). "Le développement psychomoteur", in HURTING M., RONDAL J.A., *Introduction à la psychologie de l'enfant*, tome 1, Bruxelles, Mardaga, 257-270.

Pascalis O., De Schonen S., Morton J., Deruelle C., Fabre-Grenet M. (1995). « Mother's face recognition in neonates : A replication and an extension », *Infant Behavior and development*, 18, 79-85.

Pecheux M.G. (1990). « L'ajustement parental : un concept à la fois utile et flou », *L'Année psychologique*, 90, 567-583.

Pecheux M.G. (2004). « Une approche socioconstructiviste », in R. LECUYER, E. GENTAZ (éd.), *Le Développement du nourrisson*, Paris, Dunod.

Piaget J. (1937), *La Construction du réel chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé

Prechtl H.F.R (1984) *Continuity and Change in Early Neutral Development*, Oxford, Blackwell Scientific Publications.

Robin M. (1986b). "Le langage maternel adressé au bébé au cours de la première année : intérêt pour l'étude des interactions précoces », *Psychiatrie de l'enfant*, XXIX, 363-386.

Spitz, (1968), *De la naissance à la parole*, Paris, P.U.F.

Steiner J.E. (1979). "Human facial expressions in response to taste and smell stimulation", in H.W. REESE, L.P. LIPSITT (éd), *Advances in Child Development and Behavior*, New York, Academic Press.

Stern D. (1977). *Mère-enfant*, les premières relations, Bruxelles, Mardaga.

Wallon H. (1956/1985). « Les étapes de la sociabilité », *Enfance*, n° spécial, 117-131.

Widmer-Robert-Tissot C. (1981). *Les modes de communication du bébé*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Winnicott D.W. (1945), Le développement affectif primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 57-71

Winnicott D.W. (1956), La préoccupation maternelle primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 285-291

Winnicott D.W. (1960), La théorie de la relation parent-nourrisson, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 358-378

Winnicott D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot

Wolff P.H. (1963). « Observations on the early development of smiling », in FOSS B.M. (ed.), *Determinants of Infant Behavior*, New York, Wiley.

Wolff P.H. (1987). *The Development of Behavior States and the Expression of Emotions in Early Infancy*, Chicago, The University of Chicago Press.

Zazzo R. (1985); Préface à l'ouvrage de CHIVA M., *Le Doux et l'Amer*, Paris, PUF.

### **Pour approfondir, ouvrages lus non cités :**

Dolto F. (1977), *Lorsque l'enfant paraît*, Editions du Seuil, tome 1

Piaget J., Inhelder B. (1966), *La psychologie de l'enfant*, PUF

Winnicott D.W. (1971), *L'enfant et sa famille*, Payot

Winnicott D.W. (1996-1997), *La mère suffisamment bonne*, Payot

## Références internet

- 1- [http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/troubles\\_fonctionnels.htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/troubles_fonctionnels.htm)

Université de rennes, faculté de médecine, cours de pédiatrie sur les troubles fonctionnels par le Ph. Dardenne

- 2- <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bronc.pdf>

Conférence de consensus

Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson

21 septembre 2000

Salle Louis Armand – Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette - Paris

TEXTE COURT

- 3- [http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/infections\\_respiratoires.htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/infections_respiratoires.htm)

Cours en ligne de la faculté de médecine de rennes sur les Infections respiratoires aiguës courantes de l'enfant par E. Deneuille, C. Jézéquel

- 4- <http://medecine.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/mod-transv/module11/item194/ed-csctu-diarrhee.pdf>

ED en ligne diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, CSCTU, Faculté de Médecine de Lille, novembre 2004

- 5- <http://www.ined.fr>

site internet de l'Institut National d'Etudes Démographiques

- 6- [http://www.minefi.gouv.fr/notes\\_bleues/nbb/nbb297/charpin.pdf](http://www.minefi.gouv.fr/notes_bleues/nbb/nbb297/charpin.pdf)

Article de CHARPIN, *Les évolutions démographiques en France et en Europe, comparaisons internationales*

7- [http://forum.doctissimo.fr/sante/sante-enfant/liste\\_sujet-1.htm](http://forum.doctissimo.fr/sante/sante-enfant/liste_sujet-1.htm)

Forum de vulgarisation médicale « Doctissimo »

8- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352>

Page sur la loi du 4 mars 2002 du site « legifrance » de publication des textes officiels

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	p.5
<b>1. Le développement somatique du nourrisson</b> .....	p.9
<b>1.1. Le développement moteur</b> .....	p.9
1.1.1. Les réflexes archaïques.....	p.9
1.1.2. La motilité.....	p.10
1.1.3. La psychomotricité .....	p.10
<b>1.2. Le développement postural</b> .....	p.11
1.2.1. Le cou et la tête.....	p.11
1.2.2. Le dos et la position assise .....	p.12
<b>1.3. L'acquisition de la préhension</b> .....	p.13
<b>1.4. La mise en place des coordinations</b> .....	p.13
<b>1.5. Le développement des perceptions</b> .....	p.14
1.5.1. La vision.....	p.14
1.5.2. L'audition.....	p.15
1.5.3. La coordination vision-audition.....	p.16
1.5.4. Le toucher.....	p.16
1.5.5. L'odorat.....	p.18
1.5.6. Le goût.....	p.19
1.5.7. L'apport indispensable des parents.....	p.19
<b>1.6. Le développement cognitif</b> .....	p.19
1.6.1. La connaissance de l'objet.....	p.20
1.6.1.1. La perception de l'unité de l'objet.....	p.20
1.6.1.2. La permanence de l'objet.....	p.20
1.6.1.3. Les propriétés physiques de l'objet.....	p.21
1.6.1.4. La représentation de l'objet.....	p.21
1.6.2. Le langage.....	p.21
1.6.2.1. La compréhension.....	p.21
1.6.2.2. La production de la parole.....	p.22
1.6.3. Les moyens et conditions d'apprentissage.....	p.23
1.6.3.1. L'attention.....	p.23
1.6.3.2. La mémoire.....	p.23

<b>2. Le développement affectif du nourrisson</b> .....	p.25
2.1. <b>Les stimuli</b> .....	p.25
2.1.1. Les visages.....	p.25
2.1.2. Les odeurs.....	p.26
2.1.3. Le toucher.....	p.26
2.1.4. Les autres sens.....	p.27
2.2. <b>Les interactions</b> .....	p.27
2.2.1. Les moyens d'interaction.....	p.27
2.2.1.1. Le regard.....	p.27
2.2.1.2. Le sourire.....	p.27
2.2.1.3. Les expressions du visage.....	p.29
2.2.1.4. L'imitation.....	p.30
2.2.1.5. Les cris, pleurs et vocalises.....	p.31
2.2.1.6. Les objets.....	p.32
2.2.1.7. Le « langage bébé ».....	p.32
2.2.2. L'organisation des interactions.....	p.33
2.2.2.1. La « prise de tour ».....	p.33
2.2.2.2. L'ajustement.....	p.34
2.2.2.3. La régulation de la communication.....	p.34
2.2.3. Le rôle des interactions dans le développement cognitif.....	p.35
2.3. <b>Le développement affectif primaire d'après Winnicott</b> .....	p.35
2.3.1. L'intégration.....	p.36
2.3.2. La personnalisation.....	p.36
2.3.3. La réalisation.....	p.36
2.4. <b>Les émotions</b> .....	p.36
2.4.1. Les stades de développement de l'émotion.....	p.37
2.4.1.1. Le stade de l'impulsivité motrice (0-3 mois).....	p.37
2.4.1.2. La symbiose psychologique (3-9 mois).....	p.37
2.4.2. L'expression des émotions.....	p.38
2.4.2.1. Les premières semaines.....	p.38
2.4.2.2. A 2 mois.....	p.38
2.4.2.3. A 6 mois, la peur.....	p.38
2.4.3. La perception et la compréhension des émotions.....	p.39
2.4.4. L'organisation des émotions.....	p.39
2.4.5. La régulation des émotions.....	p.39
2.5. <b>La relation parent-nourrisson</b> .....	p.40
2.5.1. La théorie de l'attachement selon Bowlby.....	p.40
2.5.2. Les conceptions parentales qui orientent la relation parent-nourrisson.....	p.41
2.5.3. La mère, premier objet d'attachement.....	p.42
2.5.4. Le père, objet concomitant d'attachement.....	p.44

<b>3. L'arrivée de la maladie dans la famille naissante.....</b>	<b>p.48</b>
3.1. <b>Les troubles fonctionnels du nourrisson.....</b>	<b>p.48</b>
3.1.1. Les coliques.....	p.48.
3.1.2. Les insomnies.....	p.49
3.1.3. L'anorexie .....	p.50
3.2. <b>Trois maladies infectieuses du nourrisson.....</b>	<b>p.51</b>
3.2.1. La rhinopharyngite.....	p.51
3.2.2. La bronchiolite.....	p.51
3.2.3. La gastro-entérite.....	p.52
3.3. <b>L'alerte, vers l'inquiétude des parents.....</b>	<b>p.52</b>
3.3.1. Les pleurs.....	p.53
3.3.2. Les troubles du sommeil.....	p.53
3.3.3. Les troubles de la respiration.....	p.54
3.3.4. Les troubles de l'appétit.....	p.54
3.3.5. Les vomissements.....	p.54
3.3.6. Les variations de température.....	p.54
3.4. <b>Les démarches des parents pour se rassurer.....</b>	<b>p.55</b>
3.4.1. La consultation.....	p.55
3.4.2. Les recherches personnelles sur internet.....	p.56
3.4.3. Le réseau familial.....	p.57
3.5. <b>La famille naissante et le médecin de l'enfant.....</b>	<b>p.58</b>
3.5.1. Les parents demandeurs et le médecin de leur enfant.....	p.58
3.5.2. Le soignant et l'enfant.....	p.59
3.5.3. Les parents insécurisés et leur enfant malade.....	p.60
3.6. <b>Quelques illustrations.....</b>	<b>p.61</b>
3.6.1. Une famille peu alarmiste.....	p.61
3.6.2. Une famille anxieuse.....	p.64
 <b>ICONOGRAPHIE.....</b>	 <b>p.67</b>
 <b>CONCLUSION.....</b>	 <b>p.74</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	 <b>p.76</b>
 <b>TABLE DES MATIERES.....</b>	 <b>p.81</b>

# **LE LIEN PARENT-ENFANT ET LE DEVELOPPEMENT DU NOURRISSON – APPARITION DE LA MALADIE DANS LA FAMILLE NAISSANTE**

**DATE DE SOUTENANCE :** 16 septembre 2010

## **RESUME :**

Nous considérons une situation ordinaire d'un enfant sain dans une situation familiale stable et équilibrée et dans une conception parentale occidentale classique. Jusqu'à l'âge de 6 mois, le nourrisson est dépendant de son environnement. Les parents lui apportent les stimulations qui lui permettent de développer sa motricité, sa posture, la préhension mais aussi ses perceptions ainsi que ses capacités cognitives. De même, le développement affectif du nourrisson se réalise grâce aux parents. A la naissance, le nourrisson est en besoin affectif ce qui l'incite à établir des interactions. Ses facultés affectives, de communication et de perception du monde, se développent dans un environnement affectif stable et sécurisant. Le père et la mère ont un rôle complémentaire dans ce qu'ils apportent à leur enfant pour son développement.

Par ailleurs, lors de l'arrivée de la maladie bénigne (qui ne modifie pas profondément la relation en trio de la famille naissante), le lien entre les parents et leur bébé est mis en jeu de façon particulière. Les parents sont alertés par des signes de leur enfant et ils font plusieurs démarches pour se rassurer et agir face à la situation. Ils sont très exigeants vis-à-vis du médecin et très inquiets quant à leur capacité d'aider leur enfant malade. Le rôle du médecin, dans des familles isolées, est justement d'expliquer comment les parents peuvent aider leur enfant dans la maladie, mais aussi comment ils peuvent au mieux le soutenir dans son développement.

**MOTS-CLES :** Développement somatique / Développement psychoaffectif / Nourrisson / Interactions / Père / Mère / Famille naissante / Parents / Médecin / Maladie

## **NOM DU MAITRE DE MEMOIRE :**

Mathilde SIMOENS

## **NOM ET ADRESSE DE L'AUTEUR :**

Juliette Macabrey, 89 rue Perroncel, 69100 VILLEURBANNE