



HAL
open science

Thérapie “ bébé-parents ” d’approche psychanalytique : dispositif d’une micro-analyse

Solène Ekizian

► **To cite this version:**

Solène Ekizian. Thérapie “ bébé-parents ” d’approche psychanalytique : dispositif d’une micro-analyse. Sociologie. Université Paris Cité; Universidade federal de Minas Gerais, 2021. Français. NNT : 2021UNIP7009 . tel-03456589

HAL Id: tel-03456589

<https://theses.hal.science/tel-03456589>

Submitted on 30 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Paris

UFR d'Études Psychanalytiques

École Doctorale Recherches en psychanalyse et psychopathologie (ED 450)

Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société (EA 3522)

en co-tutelle avec l'Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação - Saúde da Criança e do Adolescente

Thérapie « bébé-parents » d'approche psychanalytique

Dispositif d'une micro-analyse

Par Solène EKIZIAN

Thèse de doctorat en Psychanalyse et Psychopathologie

Dirigée par Pr. Eric BIDAUD

Et par Pr. Erika PARLATO-OLIVEIRA

Présentée et soutenue publiquement le mardi 23 mars 2021

Devant un jury composé de :

- Mario Eduardo Costa Pereira, Professeur, UNICAMP, rapporteur
- Laetitia Petit, MCF HDR, Université Aix-Marseille, rapportrice
- Bernard Golse, Professeur émérite, Université Paris-Descartes, examinateur
- Catherine Saint-Georges, PhD, UPMC, Sorbonne Université, examinatrice
- Sirley Alves Da Silva Carvalho, Professeur, UFMG, membre invitée
- Eric Bidaud, Professeur, Université de Paris, directeur de thèse
- Erika Parlato-Oliveira, Professeur, UFMG, directrice de thèse



Titre : Thérapie « bébé-parents » d'approche psychanalytique - Dispositif d'une micro-analyse

Résumé : *Contexte :* Cette étude porte sur la micro-analyse de séances de thérapie « bébé-parents » d'approche psychanalytique. Un intérêt spécifique est porté à la fois au dispositif thérapeutique mis en place autour des bébés « à risques d'autismes », et plus particulièrement à ceux en retrait relationnel, et au bénéfice d'une thérapie au plus tôt pour ces bébés (cf. plasticité neuronale et épigénétique). L'objectif principal est ainsi de créer une méthodologie (micro-analyse de séances filmées) et un outil (codage) permettant de mesurer les effets de la thérapie menée auprès de ces bébés accompagnés de leurs « partenaires ». *Méthode :* Le matériel étudié est constitué de séances « bébé-parents » filmées (N=99 bébés). Chaque bébé a été catégorisé ou exclu selon différents paramètres définis préalablement : âge du bébé ; potentiels facteurs de risques (pathologie ; condition à la naissance ; environnement ; sexe) ; résultats obtenus à la suite de l'administration de la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017). Cette catégorisation a permis la réalisation d'un échantillonnage via la sélection d'un cas clinique. Une méthode de codage de film a été créée (élaboration d'une grille ; définition d'une procédure d'application) et nous avons ainsi codé les 9 séances de l'échantillon en utilisant le logiciel *ELAN* pour en extraire des statistiques par séance sur plusieurs items (temps moyens, minimum, maximum, écart-type). Dans un second temps, un rééchantillonnage a été fait (sélection de « cœurs de séance ») pour en extraire de nouvelles données. *Résultats :* Les principaux résultats obtenus sont ainsi : une catégorisation complète de la cohorte (N=37 ; 25 bébés à « risques d'autismes » vs 12 bébés « sans risques d'autismes » selon la grille PREAUT-OLLIAC) ; une grille et une procédure de codage inédites adaptées au contexte de thérapie « bébé-parents » ; des analyses quantitatives (statistiques) et qualitatives (selon la théorie psychanalytique) sur les deux niveaux d'échantillonnage (séances entières ; « cœurs de séance »). Bien que l'intérêt principal de cette étude porte davantage sur la mise en place du dispositif de micro-analyse, les deux micro-analyses statistiques que nous avons effectuées nous ont notamment permis de faire ressortir une corrélation entre un discours de l'adulte en mamanais adressé au bébé et une réponse de celui-ci par le regard dans le contexte de thérapie « bébé-parents ». *Conclusions et perspectives :* La micro-analyse sur le cas pilote nous a d'ores et déjà permis d'affiner nos processus et nos outils d'analyse (procédure d'échantillonnage, codage, statistiques). Les résultats statistiques obtenus sont naturellement à mettre en perspective de la taille de l'échantillon et de la méthode de codage. Ce dispositif de micro-analyse permettra notamment d'analyser et affiner la performance de nos outils thérapeutiques dans la thérapie « bébé-parents » dans le cas spécifique de bébés en retrait relationnel. Il sera enfin envisageable d'étendre le dispositif de micro-analyse en élargissant la population à des bébés présentant d'autres caractéristiques.

Mots-clés : bébé – thérapie – psychanalyse – retrait relationnel – risques d'autismes – microanalyse

Title: “Infant-parents” psychoanalytic-oriented therapy - Micro-analysis framework

Abstract: *Context:* This study presents the micro-analysis of “infant-parents” therapy sessions with a psychoanalytic approach. A special insight is given to both the therapeutic protocol implemented with infants “at risk of ASD”, especially those in relational withdrawal, and to the benefit of early therapy for these infants (cf. neuronal plasticity and epigenetics). Thus, the main objective is to create a methodology (micro-analysis of filmed sessions) and a tool (coding) to measure the effects of the therapy carried out with these infants accompanied by their caregivers. *Method:* The material studied is composed of recorded “infant-parents” sessions (N = 99 infants). Each infant was categorized or excluded according to various parameters defined beforehand: infant's age; potential risk factors (pathology; condition at birth; environment; sex); results obtained following administration of the PREAUT-OLLIAC grid (Olliac et al., 2017). This categorization allowed sampling through the selection of a clinical case. A recording-based coding method was created (development of a grid; definition of an application procedure) after which we coded the 9 sessions of the sample using the *ELAN software* to extract statistics per session on several items (average time, minimum, maximum, standard deviation). Eventually, resampling was done (selecting “key extracts” from sessions) to extract new data. *Results:* The main findings are as follows: a complete categorization of the cohort (N = 37; 25 infants at “risk of ASD” vs 12 infants “without risk of ASD” according to the PREAUT-OLLIAC grid); a new grid and a new coding procedure adapted to the context of “infant-parents” therapy; quantitative (statistical) and qualitative (according to psychoanalytic theory) analyzes on the two levels of sampling (full sessions; “key extracts” from sessions). Although the main interest of this study relates more to the implementation of the micro-analysis framework, the two statistical micro-analyzes that we carried out allowed us to highlight a specific correlation between an adult speech in motherese addressed to the infant and a response from him/her by the gaze in the context of therapy “infant-parents”. *Conclusions and perspectives:* The micro-analysis on the pilot case has already enabled us to refine our processes and our analysis tools (sampling procedure, coding, statistics). The statistical results should obviously be considered in relation with the size of the sample and the coding method. This micro-analysis framework will notably make it possible to analyze and refine the performance of our therapeutic tools in “infant-parents” therapy in the specific case of infants with relational withdrawal. Eventually, it will be possible to extend the micro-analysis framework by expanding the population to include infants with other characteristics.

Keywords: infant – therapy – psychoanalysis – relational withdrawal – at risk for ASD – microanalysis

Título: Terapia psicanalítica “bebê-pais” - Dispositivo de uma microanálise

Resumo: *Contexto:* Este estudo trata da microanálise de sessões de terapia “pais-bebês” de abordagem psicanalítica. Um interesse especial é dado tanto ao sistema terapêutico implementado em torno de bebês “em risco de autismo” (mais particularmente àqueles em retraimento relacional), quanto ao benefício da terapia o mais breve possível para esses bebês (cf. plasticidade neuronal e epigenética). O objetivo principal é, portanto, criar uma metodologia (microanálise das sessões filmadas) e uma ferramenta (codificação) para medir os efeitos da terapia realizada com estes bebês acompanhados dos seus “cuidadores”. *Método:* O material estudado consiste em sessões filmadas “pais-bebês” (N = 99 bebês). Cada bebê foi categorizado ou excluído de acordo com vários parâmetros definidos previamente: idade do bebê; fatores de risco potenciais (patologia; condição de nascimento; ambiente; sexo); resultados obtidos após a administração da grade PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017). Essa categorização permitiu a amostragem por meio da seleção de um caso clínico. Um método de codificação de filme foi criado (desenvolvimento de uma grade ; definição de um procedimento de aplicação) e assim codificamos as 9 sessões da amostra usando o *software ELAN* para extrair estatísticas por sessão sobre vários itens (tempo médio, mínimo, máximo, desvio padrão). Posteriormente, uma reamostragem foi feita (seleção de “passagens-chave”) para extrair novos dados. *Resultados:* Os principais resultados obtidos são os seguintes: uma categorização completa da amostra (N = 37; 25 bebês em “risco de autismo” vs 12 bebês “sem risco de autismo” de acordo com a grade PREAUT-OLLIAC); uma nova grade e procedimento de codificação adaptado ao contexto da terapia “pais-bebês”; análises quantitativas (estatísticas) e qualitativas (de acordo com a teoria psicanalítica) nos dois níveis de amostragem (sessões completas; “passagens-chave”). Embora o principal interesse deste estudo esteja mais relacionado à implementação do dispositivo de microanálise, as duas microanálises estatísticas que realizamos nos permitiram destacar uma correlação entre uma fala adulta em manhês dirigida ao bebê e uma resposta pela via do olhar no contexto da terapia “bebê-pais”. *Conclusões e perspectivas:* A microanálise do caso piloto já nos permitiu refinar nossos processos e nossas ferramentas de análise (procedimento de amostragem, codificação, estatísticas). Os resultados estatísticos obtidos devem ser colocados em perspectiva em relação ao tamanho da amostra e ao método de codificação. Este dispositivo de microanálise tornará possível, em particular, analisar e refinar o desempenho de nossas ferramentas terapêuticas na terapia “pais-bebês” no caso específico de bebês em retraimento relacional. Por fim, será possível estender o dispositivo de microanálise, ampliando a população para incluir bebês com outras características.

Palavras-chave: bebê – terapia – psicanálise – retraimento relacional – risco de autismo – microanálise

À tous les bébés de la Terre, et tout particulièrement à toi,

Eileen.

“I think the most important thing is that you easily feel that your baby is worth getting to know as a person, and worth getting to know from the earliest possible moment.”

The Child, the Family and the Outside World, 1957/1991, D. W. Winnicott, p. 20

« Je pense que ce qui importe le plus, c'est votre sentiment que le bébé vaut la peine d'être connu en tant que personne, cela dès le premier moment possible. »

L'enfant et sa famille, 1957/2002, D. W. Winnicott, p. 17



© 2021, Maja Piechocińska pour Solène Ekizian

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, il me tient à cœur de remercier ceux qui ont encadré ce travail de recherche et m'ont guidée ces dernières années. Je remercie le Professeur Eric Bidaud, mon directeur de thèse à l'Université de Paris, pour avoir accepté d'encadrer cette thèse en chemin. Pour la constitution de nos liens récents qui me sont très précieux, pour sa bienveillance, son soutien, ses mots encourageants, sa confiance, et la mise à ma disposition de ses travaux autour de la « visagification », champ clinique inédit pour moi où mon très cher D. W. Winnicott est présent. Je remercie aussi le Professeur Christian Hoffmann auprès de qui cette aventure de thèse a commencé en 2016.

Mes remerciements vont également à la Professeure Erika Parlato-Oliveira, ma directrice de thèse à l'*UFMG*, au Brésil, pour avoir cru en moi depuis le début de cette aventure de recherche, pour sa disponibilité et sa grande écoute, pour ses précieux conseils, son soutien, pour m'avoir offert la possibilité d'aller au Brésil vivre de belles expériences au *Baby Lab* de la *Faculdade de Medicina* mais aussi pour m'avoir ouverte sur le monde passionnant des colloques, en France et à travers le monde, et pour l'amour et le grand respect qu'elle porte aux Bébés.

Je souhaite aussi remercier les membres du personnel administratif de mes deux universités : Mesdames Karolina Garnzarek et Charlotte Rauxet, Monsieur Ali Brador, successivement gestionnaires de l'ED 450 à Paris et Senhor Wilton Evangelista, *auxiliar administrativo* du *PPG em Saúde da Criança e do Adolescente* à la *Faculdade de Medicina* de l'*UFMG* à Belo-Horizonte, au Brésil, ainsi que Mesdames Priscilla Gustave-Perron, Valérie Deschamps, Daisy Moranga-Boula, Essma Alem et Fatou Esteoule, à Paris, et Senhor Pedro Fiuza à Belo-Horizonte, exerçant au sein des services des relations internationales et en charge des co-tutelles.

Cette co-tutelle franco-brésilienne représente pour moi une union symbolique très forte. Je suis particulièrement fière d'avoir représenté ces deux universités au sein de congrès aux quatre coins du monde (en France, au Brésil, au Portugal, en Italie).

Je remercie également les membres de mon jury de soutenance de thèse, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de l'intégrer, pour le temps qu'ils consacrent et consacreront à mon

travail, ainsi que pour nos échanges à venir : Madame Laetitia Petit et Professor Mario Eduardo Costa Pereira dans le rôle de rapporteurs ; Professeur Bernard Golse et Docteur Catherine Saint-Georges dans le rôle d'examineurs ; et Professora Sirley Alves Da Silva Carvalho, pour avoir accepté d'en être membre invitée.

J'adresse aussi mes remerciements à Marie-Christine Laznik, pour m'avoir permis d'être auprès d'elle pour filmer ses consultations « bébé-parents » pendant près d'un an et demi. Elle m'a offert une opportunité unique dont je mesure la chance dans ma pratique clinique du quotidien auprès des bébés et de leurs parents. J'espère que, petit à petit, nous réussirons à faire entendre la finesse et l'indispensabilité de sa clinique qui est aujourd'hui la mienne. Je la remercie aussi pour les films de séances qu'elle a accepté de mettre à ma disposition, signe de la grande confiance qu'elle me porte.

Je remercie aussi l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} (ASM 13), et Docteur Sarah Bydlowski qui en est la directrice générale adjointe, pour la précieuse collaboration possible et l'intégration de l'équipe de recherche co-dirigée par M-C. Laznik et E. Parlato-Oliveira. Quelle immense fierté pour moi d'y être Chercheure bénévole.

Je remercie naturellement mes collègues de l'équipe de recherche, devenues de véritables amies, *minhas queridas meninas* :

À Ariana Lucero, pour sa grande disponibilité à quasi n'importe quelle heure du jour et de la nuit (merci le jetlag !), pour son aide et son soutien indispensable lors de la création de la cohorte et pour tout son précieux temps passé à m'expliquer les concepts de Lacan. Merci à elle et à son mari, Lucas, pour leur accueil chaleureux au Brésil.

À Marie Nilles, miroir de mes qualités... et de mes défauts ! Pour sa rigueur et son sérieux, pour son écoute, sa disponibilité, sa confiance, mais aussi nos grands moments de rires arrivant la plupart du temps aux moments peu recommandables. Bien sûr également, pour son aide dans la constitution de la cohorte et l'application de la grille PREAUT-OLLIAC à tous les bébés.

À Beatriz Len, pour son accueil parisien, pour sa précieuse aide dans les investigations relatives à la constitution de la cohorte, pour nos heures passées à refaire le monde et pour son côté solaire qui me manque désormais.

À Laura Roman-Teboul, pour son accueil à Paris, sa disponibilité, son écoute, son sérieux, sa passion, pour nos longues discussions qui m'ont tant de fois réchauffé le cœur.

À Aurélie De Clerck que je découvre au quotidien, pour son soutien et ses encouragements et notre amitié naissante.

À Marie, Laura, Aurélie, ainsi qu'à Zoubida Berrada, Alice Martins, Olivia Mentone, Dalgi Santos et Valeria Valenzuela, pour leur agréable compagnie et leur précieux travail de codage des séances du cas pilote : *muito muito obrigada* !

À Isabella Marques Pereira, pour son amitié outre-Atlantique et son accueil chaleureux au Brésil. À elle et à Leticia Viana Pereira pour leur précieuse aide concernant les démarches au sein de l'*UFMG*.

Je tiens à remercier mes collègues parisiens :

À Annik Beaulieu, pour son grand cœur, ses paroles toujours bienveillantes et réconfortantes et pour sa précieuse aide vis-à-vis de la récolte d'informations sur la cohorte de bébés.

À Muriel Chauvet, pour rendre si simple et si passionnant la théorie d'André Bullinger, pour nos riches échanges et sa belle énergie.

Aux professionnelles rencontrées au sein des EAJE de Louveciennes, pour leur belle âme, leur intérêt porté aux bébés et jeunes enfants, et le partage avec moi de leurs riches connaissances et expériences : Cécile Doury, Julie Coustaing, Cécile Portalier, Valérie Maretheu, Stéphanie Araignon, Docteur Delphine Suffisais ainsi que toutes celles auprès des enfants au quotidien.

Au Docteur Jacques-Patrice Lamy, médecin à mes côtés au sein de ces mêmes crèches, pour le partage de ses riches et nombreuses connaissances concernant le RGO, la douleur chez le bébé et tout le reste, pour nos riches échanges qui perdurent autour des bébés, et son amitié précieuse.

À Brigitte Borsoni, Viviane Talou, Chantale Denis et au Docteur Christine Ruel, mes chères collègues du CMP de Charenton-le-Pont et de l'unité périnatalité « La Maisonnée », tout comme moi dévouées aux bébés. Je garde un goût de trop peu de notre travail ensemble. Merci également à Nathalie Levallois, psychomotricienne, pour le partage avec moi de ses

connaissances sur les plus petits, et au Docteur Jean-Paul Bouvattier, chef du pôle 94i03/04, pour sa confiance et son intérêt porté à mes travaux.

... et ceux d'ailleurs :

À Cyrielle Vinet, collègue bloggeuse de notre joli projet *Psychogitatio* devenue une si précieuse amie. Pour le partage de nos « pépites psys » et de ses connaissances philo-cognitives, son dynamisme, sa présence et le partage de nos expériences de la maternité.

À elle et à Ariane Nguyen, Natacha Butzbach et Betty Jereczek, mes très chères « Psy Mères Veilleuses », pour nos échanges riches et intenses m'aidant à toujours m'ouvrir vers de nouvelles perspectives (respectivement le grand âge, le Parentage Proximal, les TECC), ainsi que pour leur soutien du quotidien, leur lumière, et leurs mots réconfortants.

À Siham Ez-Zajjari, mon acolyte presque-Docteur, pour son soutien sans faille, son écoute, sa présence et ses millions d'audio d'encouragement.

À ceux qui m'ont éclairée tout au long de cette thèse, pour le partage de leurs connaissances, de leurs ressources et leurs relectures bienveillantes : Charline Gueydan, psychomotricienne formée à l'approche sensori-motrice ; Tiphaine Aumont, orthophoniste ; Estelle Mackowiak et son conjoint autrichien, Stefan, pour leur lumière sur les termes freudiens ; Dom Smith mon ami anglais, pour sa relecture du résumé de cette thèse.

À Sara Martin, Psychologue Stagiaire en Master 2, pour venir filmer les séances de thérapie bébé-parents que je propose à mon cabinet, pour sa disponibilité, sa confiance, ses retours et questionnements toujours pertinents.

À Jean-Louis Pedinielli, Stéphanie Lunardi et Candice Chabran, qui m'ont montré au cours de mon cursus le chemin créatif que les psychologues peuvent emprunter, et continuent de me guider.

Je tiens aussi à remercier mes proches :

À mon *Hayrik*, sans qui je serais une personne sans doute plus à l'heure et moins perfectionniste, mais sans qui je ne serais pas non plus là où j'en suis, ni qui je suis. Comme il aime à le dire, *Seul on va plus vite, mais à deux (à quatre) (à sept) on va plus loin...*

À ma *Darling Mamma*, grâce à qui j'ai appris la fabuleuse leçon de vie que tout est possible, à condition de s'autoriser à y croire et de travailler d'arrache-pied pour y parvenir. Cette thèse est mon « œuvre » arrivant après la tienne. *All things come to him who waits you know*. Pour avoir été et être une *Granny* si affectueuse et si disponible pendant toutes ces heures de thèse.

À mon *T*, mon frère, mon héros aventurier, pour être toujours là malgré les kilomètres qu'il parcourt, pour poursuivre ses rêves et continuer d'y croire. Il m'a enseigné que la distance importe peu et que lorsque l'on se retrouve sur un coin du globe, rien n'a changé... Pour son rôle de Parrain et les maux d'estomacs sans doute hérités des litres de café « bus » et des œufs au plat « dégustés » avec bienveillance et tendresse, pour le plus grand plaisir de sa filleule, me permettant de mener cette thèse à terme.

À Maja, pour ses mots encourageants et son soutien lors de nos après-midis de travail estivaux, ainsi que pour sa magnifique œuvre d'illustration de mon travail.

À ma famille parisienne et d'ailleurs : Céline, Hugo, Jean-François, Jocelyne, Patricia, Martine, Philippe, Éric, Cathy, Jean-Luc, Arthur-Philippe, Sarah et Julien, pour leurs mots réconfortants, leur accueil sans limite et toujours si chaleureux, rendant possible la continuité de ma thèse depuis le Sud.

À eux, mes parents, mon frère et mes beaux-parents, Nadine et Marc, pour l'attention bienveillante portée à ma fille pendant les longues heures de rédaction de la fin de cette épopée...

À Amélie, Julie et *Mannah*, fidèles de mes premières heures (en maternelle, au lycée, à l'uni), pour m'aider à me rappeler d'où je viens et où je vais, et pour avoir cru en moi à chaque instant ... sans doute avant même que je ne m'autorise à y croire moi-même !

À Gabin, mon filleul, né pendant cette thèse. Le voir se développer m'a doublement donné l'envie de poursuivre ce travail, pour que tous les parents puissent connaître ces joies d'être en relation avec leur enfant.

Je souhaite également remercier mon analyste, pour le travail et le chemin, pas toujours évident mais néanmoins indispensable, parcouru à ses côtés. Pour sa grande disponibilité et son adaptation à mes allées et venues entre Paris et le Sud, pour son divan à la fois moelleux, solide et waterproof. Je la remercie aussi pour le partage de ses connaissances au sujet des théories lacaniennes et freudiennes, de l'échelle de Brazelton et nos riches échanges autour des douleurs chez le bébé.

Last but not least, je remercie mon compagnon, Mickaël, pour son soutien indéfectible, pour savoir trouver les mots quand j'ai du mal à les trouver, pour sa patience, son aide et son regard indispensable de scientifique rigoureux sans qui cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour. Pour tout le temps consacré aux analyses statistiques, pour la place qu'il a bien voulu accorder à tous mes livres dans notre bibliothèque, mais aussi pour la place qu'il a bien voulu laisser prendre à ce « bébé thèse » dans notre vie...

Merci enfin à Eileen, notre fille, pour le bonheur et la lumière qu'elle apporte dans nos vies, et pour me faire vivre jour après jour la riche expérience et aventure d'être sa mère.

Et puis, à tous ceux dont j'ai pu croiser la route, ne croyant pas (plus) en la psychanalyse, en la possibilité de la faire évoluer en y amenant une certaine actualité, du scepticisme des uns à l'ironie des autres, qui ne croyaient pas en cette thèse et qui m'ont donné une envie encore plus déterminée de la mener à terme.

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

- ADOS : *Autism Diagnostic Observation Schedule* (Lord et al., 2000)
- ALI : Association Lacanienne Internationale
- ASD : *Autism Spectrum Disorder*
- BASIS Team : *British Autism Study of Infant Siblings Team*
- BCPSG : *Boston Change Process Study Group*
- BDD : Base de Données
- CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce
- CHAT : *CHecklist for Autism in Toddlers* (Baron-Cohen et al., 2000)
- CIPPA : Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- DI : Déficience Intellectuelle
- EAJE : Établissements d'Accueil du Jeune Enfant
- EEG : ÉlectroEncéphaloGramme
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IRDI : *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil* (Kupfer et al., 2010)
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- M-CHAT : *Modified CHecklist for Autism in Toddlers* (Kleinman et al., 2008 ; Robins et al., 2013)
- MSEL : *Mullen Scales of Early Learning* (Mullen, 1995)
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMA : Procréation Médicalement Assistée
- PMI : Protection Maternelle Infantile
- PREAUT : Programme de Recherche et Évaluation sur l'AUTisme (Olliac et al., 2017)
- RGO : Reflux Gastro-Œsophagien
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- TSA : Trouble du Spectre Autistique

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	XIII
LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS.....	XIX
TABLE DES MATIÈRES.....	XXI
LISTE DES FIGURES.....	XXIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XXV
PRÉAMBULE.....	1
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I LE LIEN ENTRE UN BÉBÉ ET SES PARTENAIRES : CRÉATION D'UN CODAGE POUR MICRO-ANALYSER.....	11
1. DEVELOPPEMENT DU POTENTIEL RELATIONNEL CHEZ LE BEBE.....	13
1.1. <i>Définition et choix des termes.....</i>	13
1.2. <i>Les « partenaires » du bébé.....</i>	23
1.3. <i>Le bébé est une personne.....</i>	38
2. LA MICRO-ANALYSE DE FILMS DE SEANCES DE THERAPIE « BEBE-PARENTS ».....	81
2.1. <i>Instruments permettant l'observation d'interactions auprès de bébés.....</i>	81
2.2. <i>Micro-analyse et psychanalyse : les travaux pionniers de Stern.....</i>	104
3. ÉLABORATION DU « CODAGE ».....	127
3.1. <i>Réflexions relatives à la création d'un codage.....</i>	127
3.2. <i>Critères de sélection des extraits codables.....</i>	128
3.3. <i>Procédure de codage.....</i>	131
3.4. <i>Codage pour l'acteur « bébé ».....</i>	132
3.5. <i>Codage pour les acteurs « adultes » : thérapeute, mère, père et filmeur.....</i>	140
3.6. <i>Codage pour la ligne « contexte ».....</i>	146
3.7. <i>Premières critiques empiriques sur le codage.....</i>	149
CHAPITRE II COHORTE DE BÉBÉS SUIVIS EN THÉRAPIE « BÉBÉ-PARENTS ».....	155
1. LES SPECIFICITES DU BEBE PRESENTANT UN « RETRAIT RELATIONNEL ».....	157
1.1. <i>Définition et choix des termes.....</i>	157
1.2. <i>Le potentiel d'être acteur de la relation à l'autre.....</i>	160
1.3. <i>Autres particularités des bébés en retrait relationnel ou à « risques d'autismes ».....</i>	179
1.4. <i>Avoir un aîné autiste, un facteur de risque identifié.....</i>	196
2. DISPOSITIF THERAPEUTIQUE AUTOUR DU BEBE EN RETRAIT RELATIONNEL ET DE SES PARTENAIRES.....	200
2.1. <i>Ce que proposent les autres.....</i>	200
2.2. <i>Le setting de thérapie « bébé-parents » dans le cas de bébés en retrait relationnel.....</i>	205
2.3. <i>Description d'une méthode.....</i>	210
2.4. <i>Les outils cliniques et thérapeutiques.....</i>	215
3. PRESENTATION ET ANALYSE DE LA COHORTE DE BEBES.....	246
3.1. <i>Quelques prérequis à la constitution d'une cohorte.....</i>	246
3.2. <i>Caractéristiques de la cohorte.....</i>	248
3.3. <i>Analyses statistiques de la cohorte.....</i>	267
CHAPITRE III ÉTUDE D'UN CAS CLINIQUE ET APPLICATION DU CODAGE : LE CAS MATHILDE.....	273
1. ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES DE « MATHILDE ».....	275
1.1. <i>Motif de consultation : sœur d'autiste.....</i>	275
1.2. <i>Un début de thérapie « bébé-parents » grandement anticipé.....</i>	276
1.3. <i>Choix du cas clinique et des séances à coder.....</i>	277
1.4. <i>Mathilde aujourd'hui.....</i>	279

2.	DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL D'ANALYSE	281
2.1.	<i>Processus d'analyse</i>	281
2.2.	<i>Architecture mise en place</i>	284
2.3.	<i>Utilisation du logiciel ELAN</i>	285
2.4.	<i>Modèle de données final</i>	288
3.	MICRO-ANALYSE DES SEANCES ENTIERES	290
3.1.	<i>Premières consignes de la micro-analyse</i>	290
3.2.	<i>Contrôle qualité du codage</i>	291
3.3.	<i>Premiers résultats et critique</i>	295
4.	MICRO-ANALYSE DES « CŒURS DE SEANCE ».....	318
4.1.	<i>Définition du « cœur de séance »</i>	318
4.2.	<i>Contrôle qualité du codage</i>	319
4.4.	<i>Premiers résultats et critique</i>	320
5.	PROPOSITION D'UN CODAGE REVISE.....	331
	CONCLUSION & PERSPECTIVES	337
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	345
	INTERVENTIONS PUBLIQUES	383
	ANNEXE 1 : DETAIL DE LA LISTE DE BEBES INCLUS DANS LA RECHERCHE (N=37)	385
	ANNEXE 2 : ILLUSTRATION DU TABLEAU EXCEL POUR RECENSEMENT DES SEANCES FILMEES	387
	ANNEXE 3 : GRILLE PREAUT-OLLIAC (VERSION REMPLIE POUR MATHILDE, SEANCE 5)..	389
	ANNEXE 4 : STATUT DES ITEMS SUR LE CODAGE INITIAL	391
	ANNEXE 5 : CONCORDANCE ENTRE LES REGARDS DU BEBE ET LES DISCOURS DES ADULTES	393
	ANNEXE 6 : PROPOSITION DE CODAGE (VERSION COMPLETEE AVEC ABREVIATIONS REFERENCEES)	395
	ANNEXE 7 : POSTER SCIENTIFIQUE	397
	ANNEXE 8 : POSTER SCIENTIFIQUE	399
	ANNEXE 9 : POSTER SCIENTIFIQUE	401
	ANNEXE 10 : PUBLICATION	403

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Les trois sources d'énergie pour le développement.....	60
Figure 2.	Touchpoints.....	67
Figure 3.	Parallèle dans la temporalité des dispositifs de Stern et du nôtre	115
Figure 4.	Bébés qui développeront plus tard un autisme	165
Figure 5.	Risque de TSA chez le bébé dont la fratrie présente un TSA.....	197
Figure 6.	Représentation du travail de thérapie proposé au bébé et à ses partenaires.....	213
Figure 7.	Âge des bébés de la recherche (N=99)	248
Figure 8.	Âge des bébés de l'échantillon à la première séance (N=37)	258
Figure 9.	Cadence entre 2 séances (N=37).....	258
Figure 10.	Répartition des bébés selon la « Pathologie » (N=37).....	263
Figure 11.	Répartition des bébés selon la « Condition de la naissance » (N=37)	265
Figure 12.	Répartition des bébés selon l'« Environnement familial » (N=37)	266
Figure 13.	Nombre de séances avant 18 mois (N=37)	268
Figure 14.	Processus d'analyse utilisé dans le cas Mathilde (format BPMN)	281
Figure 15.	Processus d'analyse idéal.....	283
Figure 16.	Architecture de l'outil d'analyse.....	284
Figure 17.	Visualisation du logiciel <i>ELAN</i>	287
Figure 18.	Modèle de données définitif (diagramme de classe UML).....	288
Figure 19.	Regards du bébé considérés par type	297
Figure 20.	Regards du bébé pour les adultes (adressés et « en direction »).....	299
Figure 21.	Temps moyens de regards du bébé considérés par type	301
Figure 22.	Discours des adultes considérés par type.....	304
Figure 23.	Temps moyens de discours des adultes considérés par type.....	305
Figure 24.	Évolution de la production de mamanais avec le temps	316
Figure 25.	Regards du bébé considérés par type	320
Figure 26.	Regards du bébé pour les adultes.....	321
Figure 27.	Temps moyens de regards du bébé considérés par type	322
Figure 28.	Discours des adultes considérés par type.....	323
Figure 29.	Temps moyens de discours des adultes considérés par type.....	324
Figure 30.	Spectrogramme du mamanais sur le logiciel <i>ELAN</i>	325

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Extrait du tableau récapitulatif des instruments d'observation.....	84
Tableau 2.	Items de l'outil <i>PIRAT</i>	100
Tableau 3.	Traduction de l'échelle <i>ICBS</i>	102
Tableau 4.	Recensement des états d'éveil du bébé	130
Tableau 5.	Estimations de PPV, NPV, SP et SE de PREAUT-OLLIAC	178
Tableau 6.	Liste des outils par domaine d'application	244
Tableau 7.	Inclusion des bébés dans la recherche	256
Tableau 8.	Répartition des bébés par catégorie	261
Tableau 9.	Catégorisation retenue vs catégorisation phase 3 (N=37).....	267
Tableau 10.	Catégorisation retenue vs catégorisation / Facteur A.....	268
Tableau 11.	Catégorisation retenue vs catégorisation / Facteur B.....	269
Tableau 12.	Catégorisation retenue vs catégorisation / Facteur C.....	269
Tableau 13.	Catégorisation retenue vs catégorisation / Autre facteur : Sexe (N=37).....	269
Tableau 14.	Informations sur les séances filmées du cas Mathilde	278
Tableau 15.	Passation de PREAUT-4 à Mathilde.....	279
Tableau 16.	Nombre de codages utilisés / nb de séance (codages juges).....	291
Tableau 17.	Items du codage à fortes occurrences (présents dans plus de 7 séances).....	292
Tableau 18.	% de concordance de codage	293
Tableau 19.	Durée totale des codages de regards vs durée réelle des regards.....	295
Tableau 20.	% de présence d'items relatifs au regard du bébé par séance	296
Tableau 21.	% d'items relatifs au discours des adultes codés par minute	303
Tableau 22.	Taux de réponse du bébé par un regard adressé	306
Tableau 23.	Taux de réponse du bébé par un regard adressé	308
Tableau 24.	Détail des cœurs de séance du cas Mathilde	319
Tableau 25.	Superposition des regards	319
Tableau 26.	Taux de réponse du bébé par un regard adressé	325

PRÉAMBULE

Si aujourd'hui je suis psychologue clinicienne et psychothérapeute, c'est grâce à un enfant autiste. Énoncée ainsi, la phrase pourrait choquer... et pourtant, il y a une part de vraie dans cela.

Nous sommes en 2005, je suis au collège, en quatrième, et il est demandé aux élèves d'effectuer un stage en entreprise pour découvrir le monde du travail. En ce qui me concerne, je sais depuis longtemps que je veux être pédiatre pour soigner les bébés et les enfants. Malheureusement, consultant moi-même un médecin de famille, je n'en connais aucun. J'appelle plusieurs cabinets médicaux mais les secrétaires sont unanimes, à cause de ce qu'elles appellent « le secret professionnel », les refus de stage fusent.

Le premier champ qui m'intéresse n'étant pas possible, me voici donc, quelques mois plus tard, afin d'être auprès d'enfants, stagiaire au sein d'une crèche collective. Rapidement je prends mes marques, les membres de l'équipe semblent ravis d'avoir une petite nouvelle qu'elles vont pouvoir faire participer aux tâches du quotidien.

Dix heures. Après un petit encas, les plus grands sortent jouer dans le jardin. On remarque déjà les groupes de pairs et, c'est très drôle, on peut assez rapidement voir les tempéraments des enfants : il y a le petit chef de groupe, celui qui détourne l'attention des copains pour obtenir le vélo de la couleur de son choix, celui qui va se plaindre à l'adulte, celui qui règle les conflits par lui-même avec des méthodes peu recommandables... Et un peu plus loin de là, près du toboggan, un petit garçon, seul.

« Ne t'approche pas ! Il est dangereux ! » me crie l'une des professionnelles. Je la regarde, est-ce que j'ai vraiment bien entendu ? *« T'as entendu c'que je t'ai dit ? Il est bizarre ce gosse ! À 4 ans, toujours pas parler et pas être propre... Tu t'en approches pas car tu es stagiaire et on est responsable de toi ! T'as compris ? »*.

De tempérament plutôt têtue et ne me sentant pas en danger, j'attends qu'elle s'éloigne et je vais à la rencontre de ce petit garçon. Il chantonne un air que, malgré mes efforts de reconnexion à mes souvenirs d'enfance, je ne reconnais pas. Il bouge la tête et une main qu'il agite à côté de ses yeux. Aussi, il pousse des petits cris et grince des dents. C'est amusant, il court en regardant le sol, on dirait qu'il joue avec son ombre ! Je lui parle et il ne me répond pas. Pourtant, au fond de moi, je suis sûre qu'il a entendu ce que je lui ai dit. C'est sûrement grâce à cette conviction que, tous les jours de la semaine, je retourne lui parler.

C'est l'heure du déjeuner, les enfants sont invités à rentrer dans la crèche. « *Comme d'habitude* », il est toujours le dernier à rentrer, il n'en fait vraiment qu'à sa tête celui-là. Je m'installe à la même table que celle à laquelle je suis assignée depuis le début de mon stage, mais ce repas ne va pas se passer comme les précédents. Sans m'adresser un regard, le fameux petit garçon se plante devant moi avec son bavoir, puis il le jette en l'air en continuant ses cris hauts perchés dans les aigus. Je demande s'il veut que je lui mette son bavoir, et comme il ne répond pas mais reste devant moi, je lui propose d'essayer de l'aider. Il se « laisse faire » et ainsi, le petit garçon qu'il est et la jeune stagiaire que je suis, devenons les bêtes de foire de la crèche. Toutes les professionnelles se passent le mot et l'une d'elle va même le dire à la directrice de la structure. Puisque c'en est ainsi, c'est décidé, pour le reste de ma deuxième semaine de stage, je mangerai à sa table et je lui donnerai à manger. Au début, le petit garçon refuse totalement mon aide, il pousse ma main peu habile qui essaye d'approcher la purée de sa bouche... mais petit à petit, il se laisse apprivoiser, tel un petit oiseau blessé dont personne n'a voulu (réussi ?) à prendre soin auparavant.

Avec du recul et de l'expérience (quel beau clin d'œil du destin que mon premier poste en tant que psychologue ait été au sein de crèches !), je ne peux pas en vouloir à cette professionnelle. Les professionnels de crèche ne sont pas formés pour accueillir des enfants « différents », et l'inconnu effraie, il faut le dire.

Je termine ce stage avec une conviction : je ne veux plus devenir pédiatre. En rencontrant ce petit garçon qui m'a semblé plutôt en forme physiquement, j'ai réalisé qu'il n'y avait pas que les gastro-entérites ou les nez qui coulent à soigner, non, il y avait aussi autre chose...

Les années passent à vive allure et me voici déjà en troisième année de Licence de psychologie, avec un stage « obligatoire » à effectuer. Ma curiosité m'a déjà conduite à m'investir dans deux stages libres mais cette année, le stage impliquera un engagement plus profond avec un écrit à rédiger, décisif pour l'entrée en Master 1 puisqu'à Aix-en-Provence, la sélection se fait à la fin de la Licence.

Mon stage de Licence 3 a lieu dans un hôpital de jour pour enfants. La notification d'admission des enfants est « Troubles Envahissants du Développement », c'est un nouveau terme à la mode qui fait couler de l'encre. Dans la « salle de vie », il y a des photos des enfants accueillis à l'hôpital de jour. Quelques semaines après mon arrivée, la plupart des

enfants sont en ateliers thérapeutiques. Un petit instant de pause pour moi, je suis perdue dans mes pensées, mes yeux glissent sur les photos, quand soudain... non ? Est-ce bien lui ? J'interroge les professionnels sur ce garçon. Il se trouve qu'il porte le même prénom, et avec quelques calculs arithmétiques assez basiques, je me rends compte qu'en effet, c'est lui. Ce joli petit garçon devenu grand à présent a bien grandi, et les troubles, eux aussi se sont accrus.

L'incompatibilité de nos emplois du temps font que jamais je ne reverrai ce petit jeune homme. Cependant, la manière dont j'en entends parler en réunion me touche. Comment est-il possible qu'on ait laissé « faire » cela ? Comment est-il possible qu'aucun professionnel n'ait « soigné » cela ? Je ne savais pas encore à l'époque que l'autisme n'est pas une question aussi simple que cela. Il porte toujours des couches, il ne parle pas, hormis quelques mots, il passe ses journées à chantonner des mélodies qui n'appartiennent qu'à lui, il présente tout un tas de stéréotypies, n'entre en contact avec aucun autre enfant, ses parents se sont séparés, il ne va pas et n'ira jamais à l'école, et l'année prochaine il aura douze ans, devra quitter l'hôpital de jour, et l'équipe s'inquiète de savoir qui voudra bien l'accueillir...

La suite de mes études sera orientée vers l'autisme, avec la conviction que l'on peut, on doit pouvoir, faire quelque chose pour eux, avant, plus tôt, avant qu'il ne soit « trop tard », avant que la maladie, que le handicap, que la particularité d'être au monde, n'atteigne ces extrêmes-là.

Pendant mon cursus, j'assisterai à la désolante tempête « cognitivistes vs psychanalystes » mais j'aurai aussi la grande chance de découvrir, à ce même moment, la Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes avec Autismes¹ (CIPPA) au sein de laquelle je trouverai un réel écho avec mes ressentis et mes convictions : la nécessité de se rassembler, nous, professionnels d'horizons différents, la nécessité d'arrêter ces conflits stériles et enfin (et surtout !), la nécessité de mettre à la disposition des parents un panel d'options pour que chacun puisse trouver ce qui correspond le mieux à leur enfant.

¹ La CIPPA s'appelait ainsi à l'époque, en 2013. Désormais, le sigle CIPPA correspond à « Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes ».

C'est lors du premier congrès organisé par la CIPPA en 2013 que je rencontrerai Marie-Christine Laznik (docteur en psychologie et psychanalyste, auteure des signes PREAUT à 4 et 9 mois pour repérage de « risques d'autismes »), rencontre professionnelle qui donnera une vive impulsion à la suite de ma pratique clinique.

En parallèle de mes premières années d'expérience en tant que psychologue clinicienne et psychothérapeute où j'ai pu exercer au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour bébés, enfants et adolescents ainsi qu'en Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE)² où j'ai eu l'opportunité d'à la fois suivre en thérapie des enfants autistes et aussi de rencontrer des bébés en risque de l'être, Marie-Christine Laznik m'a proposé de venir travailler à ses côtés à la consultation « bébé-parents » du Centre Alfred Binet, à Paris (13^e).

Cette dernière expérience m'a permis de saisir à quel point il s'agit d'une véritable course contre la montre, et si l'on s'en donne les moyens, on peut changer la donne et renverser le « tableau autistique » vers lequel certains des bébés que l'on rencontre s'orientent dangereusement. Pour cela, il faut agir, et le plus tôt possible, idéalement pendant la première année de vie du bébé.

Si je le sais pour l'avoir observé dans la clinique, et si de nombreux autres, comme moi, « bébologues », le savent également, aussi intimement persuadés que nous puissions l'être, cela ne suffit plus aujourd'hui. Les publications scientifiques à ce sujet apparaissent indispensables si l'on souhaite être entendu.

² Ces EAJE dépendant d'une Mairie étaient composés de deux multi-accueils, deux crèches collectives et une crèche familiale auprès d'assistantes maternelles.

INTRODUCTION

À partir de mes observations au sein de ma pratique clinique, mais également en lien avec toute cette clinique du bébé qui me fut donnée à voir auprès des bébés présentant du retrait relationnel, de nombreux questionnements surgirent à mon esprit.

En décembre 2015, Marie-Christine Laznik et Erika Parlato-Oliveira (psychanalyste brésilienne, docteur en sciences cognitives et psycholinguistiques et professeur à l'*UFMG* au Brésil et directrice de thèses à l'Université de Paris), créèrent une équipe de recherche au sein de l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} (ASM 13), à Paris, afin d'étudier spécifiquement ce dispositif thérapeutique théorisé par M-C. Laznik. Notre grande chance fut qu'à partir de 2008, toutes les séances de thérapie bébé-parents avaient été filmées, permettant ainsi de disposer d'un matériel clinique à la richesse inestimable. Naturellement, lorsque la proposition d'intégrer cette équipe en pleine « gestation », en tant que Chercheuse bénévole, se présenta à moi, je ne pus que l'accepter. L'année suivante, je m'inscrivis en thèse de cotutelle, à l'École Doctorale « Recherches en psychanalyse et psychopathologie » à l'Université de Paris (à l'époque Université Paris Diderot), en France, au côté du Professeur Christian Hoffmann, puis du Professeur Eric Bidaud, et au sein du *Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente* à la *Faculdade de Medicina* de l'*Universidade Federal de Minas Gerais*, à Belo-Horizonte, au Brésil, au côté de la Professeure Erika Parlato-Oliveira.

Depuis sa création, plusieurs chercheurs ont intégré l'équipe de recherche, parallèlement à une inscription à l'université et des travaux universitaires à réaliser, chacun autour du sujet général des thérapies bébé-parents, avec une analyse des séances filmées, articulé à une thématique davantage personnelle.

En ce qui me concerne, aimant particulièrement comprendre comment les choses fonctionnent autour de moi, c'est le dispositif en tant que tel qui m'intéressa tout particulièrement. J'avais le sentiment de saisir profondément quelque chose du vécu de ces bébés dont je découvrais, à chaque séance que je filmais, les particularités singulières, bien souvent du côté du retrait relationnel, mais aussi du côté de l'hypersensibilité. À l'époque, en décembre 2015, ayant déjà en tête une inscription en thèse pour la rentrée suivante, nous décidions de répartir les premières tâches à effectuer pour pouvoir travailler tous ensemble.

Ma collègue et amie brésilienne, Ariana Lucero, désormais Professeure de psychologie à l'*Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)*, à Vitória, au Brésil, à l'époque en post-doctorat au sein de la même université, et moi-même, ayant toutes les deux le souci particulier du détail et le goût de l'investigation, avons choisi de travailler ensemble sur la constitution de la cohorte, afin de recenser et d'organiser les très nombreux films que M-C. Laznik nous avait confié. Armées d'une grande volonté, de passion, de patience aussi, et bien aidées par les secrétaires des lieux de consultation, nous commençâmes, tels deux enquêtrices, à investiguer pour retracer toutes les informations nécessaires et les faire correspondre aux nombreux films dont nous disposions. Parallèlement à cela, d'autres chercheurs travaillèrent sur d'autres sujets, et tous ensemble, nous commençâmes à réfléchir à la création d'un codage en vue d'analyser ces films.

Par la suite, Beatriz Len et Marie Nilles, précieuses collègues et amies, respectivement brésilienne et belge, psychologues par ailleurs, poursuivirent avec moi cette véritable enquête au sujet des 99 bébés. Annik Beaulieu, docteur en psychologie franco-canadienne, psychanalyste et ostéopathe, ayant filmé ces consultations nous apporta une grande aide.

Après plusieurs années de travail composées de nombreuses heures d'échanges, de réflexions autour du dispositif thérapeutique en lui-même, de recherche d'instruments existants déjà et de visionnage de séances auprès de M-C. Laznik et E. Parlato-Oliveira, rejoints entre temps par d'autres chercheurs, nous validions ensemble un codage nous apparaissant satisfaisant. L'analyse de la cohorte menée parallèlement nous permis d'identifier un cas clinique sur lequel nous allions pour la première fois tester ce codage.

Accompagnée de Marie Nilles, Laura Roman-Teboul, autre collègue psychologue et amie précieuse, puis rejoints par Olívia Mentone, Alice Martins, Valeria Valenzuela, Zoubida Berrada, Dalgi Santos et Aurélie De Clerck, nous commençâmes la micro-analyse de ce cas « pilote » en y appliquant le codage.

Ainsi, au sein de cette équipe de recherche, mon sujet de recherche porte, lui, à la fois sur la thérapie « bébé-parent(s) » d'approche psychanalytique et sur le dispositif de micro-analyse que nous avons proposé d'appliquer pour l'étudier.

Cette thérapie « bébé-parent(s) » vient s'illustrer dans cette thèse avec un cas clinique de bébé sœur d'autiste, considérée de ce fait à « risques d'autismes », et présentant un retrait relationnel. Celle que nous appellerons « Mathilde » est issue de la cohorte de 99 bébés. Cela

explique pourquoi l'autisme et les « risques d'autismes » sont mentionnés dès le préambule de cette thèse, et le seront encore.

En effet, mes considérations pour ces deux termes ont évolué au cours de ce travail de recherche, et j'aimerais essayer d'en expliquer les raisons. Naturellement, nous poursuivrons cette réflexion tout au long du travail à suivre.

Le retrait relationnel est un facteur, parmi d'autres, dans ce qui constitue les « risques d'autismes ». Par définition, un risque renvoie à l'éventualité d'un évènement, à une possibilité. Lorsque l'on considère un risque, on ne sait pas à l'avance quelle sera sa temporalité ou l'ampleur de ses effets. Ainsi, dans ce travail de recherche, nous nous référerons au terme de « retrait relationnel » pour désigner l'état que ces bébés nous donnent à voir, au moment où nous les rencontrons.

L'autisme, ou plutôt les autismes, et la manière de proposer des soins et des prises en charge à l'égard de ces sujets n'en a pas fini de générer des polémiques. De mon expérience, si l'on indique s'inscrire dans une approche psychanalytique et travailler aux côtés de ces bébés tout à fait particuliers, évoquant le terme de « risques d'autismes », l'assemblée (professionnels ou non) ne peut s'empêcher de réagir, de s'interroger, et la poursuite de notre propos n'est pas entendue. La réflexion et le questionnement restent en effet bloqués sur la notion de « risques d'autismes », et la proposition de prise en charge exposée après, qui devrait pourtant être au centre de l'intérêt, perd en considération. Préférer un autre terme met d'emblée de côté les débats autour du croisement des champs de la psychanalyse et de l'autisme, qui génèrent des débats bien souvent stériles et sans issue. Lorsque l'on parle de bébé en « retrait relationnel », se basant ainsi sur ce que l'on observe du bébé, les termes semblent davantage parlants à tout un chacun, et le travail de thérapie « bébé-parents » d'orientation psychanalytique auprès d'eux peut être entendu et apprécié à sa juste valeur. Dans un second temps, il est possible d'introduire la notion de « risques d'autismes », avec l'outil PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017) puisque le retrait relationnel en est l'un des facteurs.

Cela étant dit, plusieurs points apparaissent nécessaires à relater. Le premier concerne le fait de recevoir des bébés en thérapie. J'aimerais là rejoindre le constat établi par le pédiatre-généticien français, Arnold Munnich, qui dénonce la France comme très en retard

pour prendre conscience que, comme le dit le célèbre adage, « mieux vaut prévenir que guérir ». Munnich met en cause le fait que la France, pays chrétien, ait inscrit la notion de fatalité dans les mentalités. « Notre pays a la culture du soin et non de la prévention » dit-il (Munnich, 2016, pp. 107-108), bien qu'il semblerait qu'une prise de conscience commence à opérer.

Ici, notre démarche se positionne clairement. L'idée est bien d'agir le plus tôt possible, dans une démarche préventive. En rencontrant les bébés accompagnés de ceux que nous nommerons leurs « partenaires », acceptons de ne pas savoir de quoi demain peut être fait, et laissons-nous guider, laissons-nous surprendre dirait Freud (1912b/2017), écoutons ce qu'ils ont à nous dire, éventuellement leur souffrance (Parlato-Oliveira, 2019), en tout cas leur singularité.

Nous ne sommes pas seuls dans cette affaire, car recevoir un bébé au plus tôt signifie aussi pouvoir compter sur sa plasticité neuronale et sur l'épigénétique. Bien sûr, il convient de rappeler que personne ne peut prédire ce qu'il va se passer, encore moins chez un bébé dont on sait le développement en constant mouvement. Personne ne peut non plus témoigner de ce qu'il se serait passé si nous n'étions pas intervenus.

Le second élément à introduire découle de celui que nous venons d'aborder. S'il arrive de manière plus récente d'entendre parler de thérapies à l'égard des bébés, c'est bien souvent le terme de « précocité » qui y est accolé. Or, si l'on s'en réfère à l'étymologie du mot³, « précoce » viendrait du latin *praecox* (*praecoquo*) qui signifie « qui cuit, qui mûrit avant l'heure ». Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante : « 1. Qui se produit avant le temps normal ou habituel (...); 2. Qui survient plus tôt qu'on ne l'aurait souhaité (...) »⁴.

Cela pose souci, car en effet, les prises en charge auprès d'un bébé n'arrivent jamais « avant l'heure », jamais « trop tôt », elles arrivent en réalité juste au moment où il le faut (Parlato-Oliveira, 2017).

Le terme anglais est intéressant, puisque dans le contexte de l'expression "*early intervention*", *early* signifie précoce, mais il signifie également « tôt », « de bonne heure » dans le langage courant.

³ Précoce. (2020, 19 octobre). Dans *Wiktionnaire*. <https://fr.wiktionary.org/wiki/precoce/>

⁴ Précoce. (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 4 avril 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/precoce/63360>

Agir avant, agir plus tôt donc, encore faut-il savoir auprès de qui intervenir, qui est « à risque » ? Pour répondre à cette question, nous pouvons administrer la grille PREAUT-OLLIAC, développée à partir des hypothèses théorico-cliniques de M-C. Laznik, récemment publiée et validée scientifiquement (Olliac et al., 2017). Cet outil a la particularité de nous permettre d'être alertés relativement tôt dans la vie du bébé, puisque si la passation de cette grille est validée dès les 3 mois du bébé, en réalité, le bébé peut présenter un accès au troisième temps du circuit pulsionnel (Laznik, 2000) à n'importe quel âge. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Être désormais capable de repérer ces risques est donc une vraie avancée pour la santé publique, cela est indéniable. L'étape suivante est de savoir comment prendre en charge ces « risques » lorsqu'ils sont repérés.

L'objectif principal de ce travail de recherche est ainsi de créer une méthodologie (micro-analyse de séances filmées) et un outil (codage) permettant de mesurer les effets de la thérapie d'approche psychanalytique menée auprès de bébés accompagnés de leurs parents, que nous élargissons à la notion de « partenaires », dans le contexte d'un retrait relationnel présenté par le bébé.

Plusieurs objectifs secondaires sont identifiés :

- Faire une analyse exhaustive des instruments d'évaluation existants au sujet des interactions entre un bébé et ses partenaires.
- Formaliser le dispositif thérapeutique bébé-parents développé par M-C. Laznik dans une approche psychanalytique (cadre, méthode, outils cliniques et thérapeutiques) dans lequel des bébés accompagnés de leurs parents, spécifiquement dans le cas de ce qu'elle nomme bébés à « risques d'autismes », sont reçus. En lien avec cet objectif secondaire : identifier les dispositifs thérapeutiques similaires existants.
- Identifier les caractéristiques d'une cohorte de 99 bébés reçus dans ce contexte et pouvant rentrer dans le cadre de la méthodologie et de l'outil proposé.
- Tester la méthodologie et l'outil lors d'une analyse préliminaire sur un cas désigné cas pilote afin d'identifier et de proposer des pistes d'amélioration.

L'hypothèse principale de cette recherche est que la thérapie bébé-parents aurait des effets positifs sur le bébé avant sa première année de vie.

En lien avec cette hypothèse, une seconde hypothèse est envisagée selon laquelle, au plus tôt un bébé arrive en thérapie, au moins il aura besoin de séances.

La troisième hypothèse stipule la possibilité de différencier l'évolution du bébé au développement dit « typique » de l'évolution d'un bébé en retrait relationnel via des données audio et vidéo.

Pour essayer de répondre à tout cela, nous proposerons trois chapitres, respectivement relatifs à la création du codage, l'analyse de la cohorte de bébés et enfin l'illustration de la micro-analyse appliquée à un cas clinique.

Cette thèse de doctorat est la première de ce groupe de recherche. Elle permettra, je l'espère, de poser certaines bases. La route est encore longue, et le travail de micro-analyse des séances filmées demande une grande minutie, beaucoup de rigueur et un temps conséquent, mais j'ai l'intime conviction qu'il en vaut la peine. Plus que cela, ils en valent la peine...

CHAPITRE I
LE LIEN ENTRE UN BÉBÉ ET SES PARTENAIRES :
CRÉATION D'UN CODAGE POUR MICRO-ANALYSER

Pour procéder à une micro-analyse de films de séances de thérapie « bébé-parents », plusieurs prérequis sont nécessaires. Il convient en effet d'utiliser une grille de codage spécifique, mais on ne saurait faire l'économie d'une étape préalable consistant à s'intéresser aux protagonistes de la thérapie.

Notre objet d'étude principal est le bébé. L'une des particularités de la recherche au sujet des bébés réside dans le fait d'accepter de se laisser surprendre, ce qui suppose aussi de ne pas savoir véritablement ce que l'on attend (Golse, 2020c). Partir sans hypothèses à priori pour permettre au bébé d'imprimer sa méthode en la nôtre, partir à l'aventure comme le bébé lui-même le fait lorsqu'il explore le monde qui l'entoure, sont les recommandations proposées⁵ par Bernard Golse (2020c), entre autres, pédopsychiatre français, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Descartes et psychanalyste.

Il n'en reste pas moins indispensable de s'intéresser à ce qui constitue ce bébé, c'est-à-dire à lui-même, en tant que personne présentant ce que nous nommons ses « potentiels », mais aussi à ceux qui l'accompagnent jusqu'à nous, ses « partenaires », pour reprendre le terme de psychanalystes français (Lebovici et al., 1989). Il conviendra aussi de porter un intérêt spécifique à ce qui peut (ou non) lier ces protagonistes : les interactions.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à la micro-analyse de films, et proposerons un état des lieux sur les instruments permettant l'observation d'interactions entre un bébé et ses partenaires. Dans ce champ d'étude, il apparaît indispensable de relater les travaux pionniers du psychanalyste américain, Daniel N. Stern, et ce qui perdure aujourd'hui.

Enfin, nous présenterons un codage inédit créé spécifiquement pour ce travail de recherche relatif à l'étude de thérapie « bébé-parents ».

⁵ C'est ainsi que les chercheurs ont procédé dans le programme de recherche « PILE » (Programme International pour le Langage de l'Enfant) mis en place à l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris et coordonné par Lisa Ouss. Lors d'un séminaire au Centre Alfred Binet, Ouss (2017) explique que le programme PILE a eu recours au *data mining* (exploration de données), permettant de s'intéresser à des co-variations plutôt qu'à des hypothèses, ce qui a amené les chercheurs à considérer des variables qui n'auraient sinon pas pu être envisagées.

1. DEVELOPPEMENT DU POTENTIEL RELATIONNEL CHEZ LE BEBE

Personne ne contredira le très célèbre dicton winnicottien “*there is no such thing as an infant*”⁶ (Winnicott, 1940) selon lequel lorsque l’on décrit un bébé, on décrit toujours le bébé accompagné de quelqu’un prenant soin de lui. Malgré le temps qui passe, ce propos reste d’actualité et la place accordée à l’environnement d’un bébé demeure importante. Cependant, il convient d’indiquer que de plus en plus d’auteurs accordent de l’importance au bébé en tant que personne à part entière auquel ils supposent ce que nous nommons des « potentiels ».

Dans cette partie, nous allons donc introduire différents termes et prendre position sur ceux que nous utiliserons dans ce travail de recherche. Notre intérêt portera ensuite sur ceux que nous nommerons les « partenaires » du bébé, avant d’en passer au bébé lui-même.

1.1. Définition et choix des termes

Il apparaît indispensable dans un premier temps de poser quelques prérequis et éléments de définitions sur les termes qui seront employés pour étudier la relation entre un bébé et son environnement.

1.1.1. Le terme « bébé »

Il existe en effet différents termes pour évoquer le petit être qui vient au monde. L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme « nouveau-né » un enfant ayant moins de 28 jours⁷. Ce terme ne semble donc pas assez large pour considérer tous les sujets de notre étude.

De 28 jours à 23 mois, c’est-à-dire un peu avant les deux ans de l’enfant, le terme à employer serait celui de « nourrisson » selon l’Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM)⁸.

⁶ Le propos fut énoncé par Winnicott, en 1940, au cours du *Scientific Meeting of the British Psycho-Analytic Society*. Il est relaté dans l’article de 1960, *The Theory of the Parent-Infant Relationship (La théorie de la relation parent-nourrisson)*, disponible en anglais dans le recueil *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (1965), p. 36 ; et en français dans le recueil *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1969), p. 361.

⁷ OMS. (2020). *Nourrisson, nouveau-né*. Consulté le 14 juillet 2020 sur https://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/

⁸ INSERM. (2020). *Nourrisson*. Consulté le 14 juillet 2020 sur <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp>

Le terme en anglais *infant* est bien souvent traduit en français par celui de « nourrisson », mais il arrive qu'il soit également traduit par « bébé », même si le terme *baby* existe lui aussi en anglais. Dans les écrits de Winnicott traduits en français par exemple, « nourrisson » et « bébé » sont employés, semble-t-il comme des synonymes, c'est-à-dire pour parler du même objet d'étude.

Sans doute mon expérience auprès des enfants en EAJE entre-t-elle aussi en jeu à ce moment : il m'est tout à fait difficile d'appeler un bébé d'un an et demi par exemple « nourrisson », car l'image qui me vient est celle d'un tout petit bébé blotti dans les bras d'un adulte. Dans le langage commun, les professionnels de la petite enfance pratiquant au sein de ces crèches ne l'emploient pas non plus. Assez rapidement, le petit sujet est dénommé « bébé » puis « enfant ». On parle bien d'ailleurs du monde de la « petite enfance ».

Puisque cette thèse considère les individus majoritairement dans leur première année de vie, c'est le terme de « bébé » qui sera retenu.

Il est vrai qu'il y a aussi peut-être dans l'utilisation du terme « bébé » un côté affectif... mais comment faire un travail de recherche comme celui-ci sans un investissement préalable de ce petit sujet ? Golse (2020c) suggère que le contre-transfert puisse exister chez le chercheur, et même avoir une place dès le choix du sujet de thèse. Comme le disait la Professeure américaine de psychologie et de philosophie à la *University of California*, Alison Gopnik, et d'autres chercheurs, « après tout, nous ne sommes que des bébés avec un peu d'expérience... » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 41).

1.1.2. Le terme « compétence relationnelle »

Nous empruntons la notion de « compétence relationnelle » aux sciences de gestion. Bien qu'écarté du champ disciplinaire qui est le nôtre, Éric Persais (2004), Maître de conférences en sciences de gestion à l'Université de Poitiers, propose une définition qui apparaît satisfaisante. La voici :

Nous parlerons (...) de compétence relationnelle pour désigner cette capacité d'une entreprise à tisser et entretenir un lien positif et durable avec un acteur clé de l'environnement. Cette définition (...) englobe non seulement la question des relations interfirmes, mais également celle des liens entre l'entreprise et les autres acteurs externes. (Persais, 2004, p. 25)

Essayons de transposer cette définition relative à l'entreprise à notre sujet. Quatre thématiques intéressantes se dégagent :

Les termes de « compétence » et de « capacité » peuvent être rapprochés. Dans les deux cas, il y a bien la possibilité, ou non, d'en disposer, et dans notre travail de thèse relatif aux bébés en situation de retrait relationnel, la considération de cette dualité requiert toute son importance.

Des éléments relatifs à la relation sont à relever. Il y a notamment les termes de « relation » et de « lien », énoncés chacun deux fois, au singulier et au pluriel. Le préfixe « inter » associé au terme « relations » exprime la réciprocité ou l'action mutuelle⁹, ce qui vient renforcer l'idée d'un lien. Le terme « lien » est en plus doté de la polarité « positif » et pourrait effectivement renvoyer à cette capacité d'être en lien avec l'autre. Enfin, le verbe « tisser » peut également s'inscrire dans cette même direction.

Des protagonistes sont énoncés. « L'entreprise », énoncée deux fois, pourrait devenir pour notre propos le bébé. « Un acteur clé de l'environnement » pourrait renvoyer au(x) *caregiver(s)* du bébé, l'environnement pouvant être également entendu ici au sens winnicottien. Les firmes évoquées dans le groupe de mots « les relations interfirmes » pourrait renvoyer aux relations entre le bébé et les différents membres de sa famille, incluant donc au-delà du/des *caregiver(s)* (dans la majeure partie des cas les parents), la fratrie, les grands-parents, etc. « Les autres acteurs externes » pourraient ainsi devenir littéralement les individus externes au cercle environnemental, au sens large, du bébé.

Enfin, les termes « entretenir » et « durable » font prendre à la définition une valeur supplémentaire : il ne s'agit pas seulement d'obtenir un lien établi, il faut également qu'il puisse perdurer dans le temps pour que la « compétence relationnelle » existe et puisse être nommée en tant que telle.

Nous l'avons dit, si l'on souhaite investiguer dans le champ de recherche relatif au bébé, il convient de s'intéresser à celui-ci, mais aussi aux partenaires qui l'entourent. Toutefois, cette étude ne serait pas complète sans la considération de ce qui peut émerger

⁹ Préfixe inter (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 10 août 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inter-/43593>

entre eux, alors à envisager comme une caractéristique, presque comme un acteur à part entière : l'interaction.

1.1.3. Le terme « interaction »

Selon le dictionnaire Larousse, une interaction se définit comme suit : « 1. Réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre ; 2. Action réciproque qu'exercent l'un sur l'autre deux ou plusieurs systèmes physiques »¹⁰.

D'ailleurs, dans le terme *interaction*, on entend bien « inter » et « action », ce qui suppose une action entre (au moins) deux personnes, avec l'idée d'une réciprocité. Si l'on évoque une interaction entre un bébé et quelqu'un, cela suggère en effet qu'une action du bébé aura une incidence sur l'autre, et inversement.

La thématique des interactions entre le bébé et son entourage est largement étudiée, tant du côté clinique que du côté recherche, dans un ouvrage central intitulé *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (1989).

Co-dirigé par trois célèbres médecins français, Serge Lebovici (psychiatre, professeur de psychiatrie à l'université et psychanalyste), Philippe Mazet (professeur de médecine honoraire en psychiatrie pour enfants et adolescents à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris) et Jean-Pierre Visier (professeur au service de médecine psychologique pour enfants et adolescents de Montpellier), cet ouvrage collectif livre de nombreuses réflexions très pertinentes pour notre sujet d'étude.

Concernant les interactions à proprement parlé, Mazet et al. (1989) les définissent en proposant de les systématiser sur trois niveaux : comportemental, affectif et fantasmatique.

1.1.3.1. Les interactions « comportementales »

Les interactions comportementales, aussi appelées interactions « réelles » (Kreisler & Cramer, 1981), ou interactions « éthologiques » (Alvarez & Golse, 2008/2013) sont particulièrement étudiées par les psychologues expérimentalistes et les éthologues. Cela traduit assez clairement l'aspect « directement observable » à l'état « naturel ».

¹⁰ Interaction (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 10 août 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595>

Ces interactions ayant lieu entre un bébé et un partenaire de celui-ci sont elles-mêmes identifiables dans trois registres que nous allons développer : corporel, visuel et vocal.

1.1.3.1.1. Les interactions « corporelles »

À l'égard des interactions corporelles, Mazet et al. (1989) évoquent les travaux relatifs à « la manière dont le bébé est tenu, manipulé ou touché par sa mère », ainsi qu'à « la façon dont il se moule sur le corps et dans les bras de [sa] mère » (p. 20). De manière assez évidente, cela peut être mis en lien avec les notions de *holding* et de *handling* chères à Donald W. Winnicott sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement (Winnicott, s. d./2000)¹¹.

La notion de « dialogue tonique » d'Henri Wallon (1930) est également relatée, elle renvoie au fait que « le tonus et la proprioception de l'adulte et du bébé se conjuguent autour d'un portage actif, conjoint, changeant et vivant » (Alvarez & Golse, 2008/2013, p. 48). À partir de ce concept, Julian de Ajuriaguerra (1977) a développé le terme de « dialogue tonico-émotionnel ». Dans sa considération, le dialogue tonico-émotionnel reflète les états émotionnels entre les partenaires, avec la possibilité d'une transmission des émotions de l'un à l'autre (Bachollet & Marcelli, 2010). Mazet et al. (1989) l'évoquent aussi sous le terme d'« ajustements corporels interactifs » (p. 20).

1.1.3.1.2. Les interactions « visuelles »

Les auteurs relatent au sujet de ce registre le fait que le regard puisse être considéré comme l'un des modes privilégiés de communication entre la mère et son bébé. Mazet et al. (1989) soulignent encore plus le fait que ce mode de communication incarne des bénéfices à la fois pour le bébé et pour la mère.

Ce sont ici spécifiquement les travaux de Winnicott (1971/1975) relatifs au visage maternel pouvant jouer le rôle de « miroir » pour le bébé qui peuvent être relatés. Nous y reviendrons en détails au chapitre suivant (cf. II.2.4.1.2).

¹¹ Les notions de *holding*, *handling* et *object presenting* semblent transversales à la théorie winnicottienne mais aucun texte en particulier ne leur est consacré. Lehmann (2007), qui a beaucoup étudié l'œuvre de Winnicott dans son intégralité, suggère que les trois notions soient largement explicitées dans le texte *La crainte de l'effondrement*, texte considéré non-daté. Lehmann indique toutefois que désormais, le texte en question est estimé comme datant de 1963.

1.1.3.1.3. *Les interactions « vocales »*

Dans les premiers temps, c'est par l'intermédiaire des cris et des pleurs que le bébé s'exprime. Cette première manière de communiquer jouerait selon le psychiatre et psychanalyste britannique, John Bowlby, un rôle important dans l'attachement, dans l'idée d'une sorte de « cordon ombilical acoustique » (Sander & Julia, 1966).

Des chercheurs, comme William S. Condon et Louis W. Sander, pédiatres américains, ont également mis en évidence le phénomène de « synchronie interactionnelle » dans le registre du vocal (Condon & Sander, 1974).

La synchronie renvoie à une règle temporelle essentielle de l'interaction que l'on peut aussi mettre en lien avec ce que Stern a nommé le modèle de la valse (Stern, 1971/1983), dans l'idée que chacun des partenaires peut aller au même rythme que l'autre puisqu'il en connaît les pas et la musique. La synchronicité pourrait ainsi s'élargir à d'autres registres que le vocal. Plus récemment, d'autres auteurs comme Catherine Saint-Georges, psychiatre française, praticien hospitalier à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris, étudient aussi cette notion de synchronie, en lien avec le mamanaïs (Saint-Georges-Chaumet, 2011 ; Saint-Georges, 2013). Nous y reviendrons au moment opportun.

1.1.3.1.4. *Les facteurs d'interaction*

De manière générale, plusieurs caractéristiques sont essentielles à relater quant aux interactions comportementales, la synchronie que nous venons d'évoquer, mais aussi la réciprocité si l'on veut tendre vers une « interaction optimale » (Mazet et al., 1989). Elle met l'accent sur le lien qui peut exister entre le comportement d'une mère et celui de son bébé (dispositif *face to face* chez Stern, 1971 ; dispositif *still face* chez Cohn & Tronick, 1983 ; Tronick & Gianino, 1986).

Par la suite, la notion de « contingence » (*contingency*), empruntée à la statistique, a été énoncée dans le même sens que la réciprocité.

Initialement introduit par Blehar et al. (1977), le terme de *contingent facing* est employé pour mesurer les comportements maternels et définit comme « le pourcentage d'épisodes où la mère donne à ses interventions un rythme lent et doux, les modifiant en fonction des signaux de l'enfant, faisant des pauses si nécessaire pour donner à l'enfant le temps de réagir (Blehar et al., 1977) » (Lamour & Kukucka, 1989, p. 245).

Stanley I. Greenspan (pédopsychiatre américain et professeur, entre autres en psychiatrie, à *George Washington University Medical School*) et Alvin F. Lieberman (docteur en psychologie américain et professeur de psychologie à *University of Connecticut* et de linguistique *Yale University*) définissent par la suite trois types de comportements possibles, à la fois chez la mère et chez le bébé (nous les élargissons aux partenaires) se rapportant à la synchronie (Greenspan & Lieberman, 1980) :

- Comportement dit *contingent* : lorsque le comportement est considéré comme adapté et en adéquation aux signaux émis par l'autre.
- Comportement dit *non contingent* : lorsque le comportement est considéré comme ne répondant pas aux indications données par l'autre.
- Comportement dit *anti-contingent* : lorsqu'il est estimé que la réponse de l'individu aux indications de l'autre est contradictoire avec ce que le partenaire semble attendre, par exemple, le bébé touche la main de sa mère pour chercher un contact physique et cette dernière retire sa main.

Également le niveau de stimulation est impératif à considérer, car chaque nourrisson a un niveau de stimulation « adéquat » (Brazelton, 1979/1981 ; Stern, 1974/1983), comme un juste milieu qu'il est indispensable de repérer pour chacun d'eux : « trop faible, il entraîne une absence d'attention ou une perte de l'intérêt, trop intense il provoque l'évitement » (Mazet et al., 1989, p. 22).

C'est à ce niveau spécifique des interactions comportementales que le travail d'observation et de micro-analyse peut se faire, du côté donc du palpable, du concret, du quantifiable.

Les deux autres niveaux d'interaction que nous allons à présent décrire renvoient, eux, à un niveau différent d'analyse, à situer davantage du côté qualitatif, que les auteurs – que nous rejoignons volontiers – proposent de penser en lien avec la théorie psychanalytique.

1.1.3.2. Les interactions « affectives »

Les interactions affectives ont pour socle les interactions comportementales que nous venons d'introduire. En effet, il ne serait pas possible de considérer des interactions affectives sans geste, sans regard ou sans vocalisation.

L'intérêt pour les interactions affectives, aussi dénommées interactions « émotionnelles », est né d'une considération grandissante du climat émotionnel ou affectif et du vécu agréable ou déplaisant que peut revêtir un échange entre deux partenaires, notamment dans le « jeu mère-nourrisson » dans les premiers moments de vie (Mazet et al., 1989).

Le bébé perçoit les signaux que sa mère émet à son égard. À son tour, il peut lui communiquer ses états affectifs, ce qui modifie l'interaction (Alvarez & Golse, 2008/2013). Les signaux peuvent d'ailleurs aussi venir en premier du bébé, puisque la relation entre un bébé et ses partenaires doit être envisagée comme un ensemble de processus bidirectionnels (Mazet et al., 1989).

Il convient également de rappeler les travaux de Stern (1985/2003), avec la notion d'« harmonisation affective » (*affect attunement*) : « le partenaire reproduit la qualité des états affectifs de l'autre sur un ou plusieurs canaux sensori-moteurs (par exemple, à un des gestes du bébé correspondront des vocalisations maternelles) » (Mazet et al., 1989, p. 23). C'est ce que Luis Alvarez, pédopsychiatre, psychanalyste, Chef de clinique-assistant à l'Hôpital Necker, et Golse (2013) rejoignent, en indiquant que les réponses entre les partenaires peuvent advenir sous différentes modalités : de manière immédiate ou en différé, de manière amplifiée ou atténuée, de manière unimodale (si les signaux sont échangés sur un même canal de communication) ou transmodale (si plusieurs canaux de communication sont utilisés).

1.1.3.3. Les interactions « fantasmatiques »

Présentées au même titre que les autres types d'interactions dans le chapitre co-écrit par Mazet et al. (1989) auquel nous venons de faire référence, un autre chapitre de l'ouvrage rédigé exclusivement par Lebovici et Mazet (1989) est spécifiquement consacré aux

interactions fantasmatisques. Cela permet d'avoir davantage d'explications à ce sujet, ce qui n'est pas négligeable puisque la notion est complexe.

Nous l'avons dit, cette considération revêt un intérêt particulier pour les auteurs d'orientation psychanalytique. Cette perspective prend en compte « l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatisques, inconscients » (Mazet et al., 1989, p. 23).

Le terme d'« interactions fantasmatisques » a été introduit de manière quasi simultanée par Léon Kreisler (psychanalyste, pédiatre et pédopsychiatre français) et Bertrand Cramer (Professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Genève et médecin-chef à la clinique de psychiatrie infantile de Genève) (1981) et par Lebovici (Lebovici & Stoleru, 1983). Ce qui intéresse toutefois Lebovici et Mazet (1989) dans leur chapitre spécifique, ce ne sont pas les fantasmes des parents ou les fantasmes potentiels du bébé, mais davantage l'aspect interactif entre la vie fantasmatisque des différents partenaires.

Lebovici et Mazet (1989) soulignent les ambiguïtés du terme « interaction fantasmatisque », du fait que les interactions puissent être lisibles en termes de comportement, contrairement à des fantasmes, qui s'apparentent à « des productions mentales très proches de la rêverie » (p. 217).

Les auteurs soulignent aussi qu'à l'égard du bébé, la considération d'une vie fantasmatisque peut être critiquable du fait qu'il ne parle pas encore – Alvarez et Golse (2008/2013) évoquent une dissymétrie entre les fonctionnements psychique du bébé et de l'adulte.

Si c'est donc davantage autour des adultes que cette étude peut se faire, il demeure indéniable que c'est dans la proximité d'avec le bébé que les choses émergent. L'existence du bébé, par exemple porté dans les bras d'un de ses partenaires, va permettre à ce dernier d'évoquer plus ou moins aisément son enfant imaginé, et nous le savons bien, le bébé de la réalité est toujours en décalage avec le bébé imaginaire. Ainsi, Alvarez et Golse (2008/2013) proposent que l'interaction soit envisagée comme « le lieu de rencontre des enfants imaginaire et fantasmatisque des parents avec l'enfant réel » (p. 47). D'une certaine manière

donc, le bébé tient lui aussi un rôle dans ces interactions fantasmatiques, au moins en tant que support de projection.

Jusque dans les soins que le bébé reçoit, les conflits présents et infantiles de ses partenaires vont pouvoir venir se rejouer : « on peut même parler d'un transfert de la mère sur son bébé à partir des déplacements sur lui de ses expériences infantiles avec ses grands-parents » (Lebovici & Mazet, 1989, p. 221).

Au-delà de ces aspects, de nombreuses considérations, espoirs, sont projetés sur le bébé, parfois avant même sa venue au monde, dès sa conception. Il convient d'introduire ici la notion de « mandat transgénérationnel » chère à Lebovici (1997).

Dans la lignée de ces éléments, à mi-chemin entre les interactions affectives et fantasmatiques, il peut être introduit la notion d'« interactions protosymboliques » (Alvarez & Golse, 2008/2013) selon laquelle les parents peuvent interpréter certains comportements de leur bébé comme dotés d'une valeur communicative, faisant alors du bébé « un partenaire ayant un intérieur psychique » (Alvarez & Golse, 2008/2013, p. 52).

Les auteurs citent l'exemple du nouveau-né qui peut saisir intensément le doigt d'un adulte du fait du réflexe de préhension, lequel peut susciter chez l'adulte « un sentiment d'échange intersubjectif et de reconnaissance dans [leur] fonction parentale » (Alvarez & Golse, 2008/2013, p. 52). Cela n'est pas sans rappeler la notion d'« illusion anticipatrice » que nous développerons plus tard (cf. II.2.4.1.4.).

En guise de conclusion de ces différentes définitions relatives au terme d'interaction, il convient d'indiquer plusieurs éléments. Tout d'abord, les interactions entre un bébé et ses partenaires peuvent émerger dans un sens comme dans l'autre ou de façon concomitante. Chacun des acteurs peut (ou non) agir et/ou réagir. C'est en ce sens que Lebovici et al. (1989) évoquent un modèle théorique à penser comme celui d'une « spirale transactionnelle ou interactionnelle ».

Ensuite, il semble aller de soi de rappeler que les considérations émises jusqu'alors à l'égard des « mères » dans les interactions mère-bébé sont tout à fait transposables à l'égard des « pères », ou de toute autre personne autour du bébé que nous englobons sous le terme de « partenaires ». Alvarez et Golse (2008/2013) dans leurs travaux à ce sujet se réfèrent à

chaque fois à la dyade et/ou à la triade, ce qui inclue donc aussi de potentielles influences réciproques entre les adultes.

Enfin, il semble intéressant d'introduire la notion d'« intersubjectivité » chère au Professeur Émérite écossais en psychologie de l'enfant et de psychobiologie à *University of Edinburgh*, Colwyn Trevarthen. À la notion d'interaction est ainsi ajoutée la subtilité relative à la singularité des sujets. La théorie de l'« intersubjectivité innée » que Trevarthen et ses collaborateurs proposent (Trevarthen & Hulbey, 1978 ; Trevarthen & Aitken, 2001/2003) suggère que « le nourrisson naît avec une conscience réceptive aux états subjectifs des autres personnes, et cherche à interagir avec eux » (Trevarthen & Aitken, 2001/2003, p. 312). Pour l'illustrer, cette théorie prête au bébé la capacité de choisir de s'impliquer avec ceux qu'il ressent comme aimant, et également de se distancier de ceux qu'il pressent incapables de le faire – dans une certaine mesure bien entendu. Le nouveau-né serait donc capable d'initiative de manière tout à fait innée (Gratier, 2007). Ces considérations font déjà référence aux capacités et aux compétences du bébé sur lesquelles nous reviendrons lors d'une partie y étant spécifiquement consacrée.

Désormais plus au clair avec ces différentes notions, il va à présent être introduit, de manière successive, les partenaires du bébé puis le bébé lui-même.

Il convient cependant de rappeler que cela ne reflète en rien une supposée apparition chronologique des liens et des échanges entre le bébé et ses partenaires, l'énonciation successive va simplement nous permettre de rendre les éléments plus lisibles.

1.2. Les « partenaires » du bébé

Il est vital que *quelqu'un* [emphase ajoutée] facilite les tous premiers moments des processus du développement psychologique ou psychosomatique de chaque bébé, ou encore du développement de sa personnalité extrêmement immature au cours de la phase de dépendance absolue. (Winnicott, 1966/1992, p. 27)

La revue littérature internationale ne manque pas de références pour décrire le développement psychoaffectif du bébé (stades prégénitaux, Freud, 1905/1987 ; dépendance absolue/relative, Winnicott, 1956/1969 ; théorie de l'attachement, Bowlby, 1969-1982/1978-1984), mais notre intérêt porté au bébé dans ce travail de recherche ne se situe pas tant là.

Cela étant dit, c'est davantage à l'égard de ceux qui constituent l'environnement du bébé que notre propos va porter. En effet, la thérapie menée auprès des bébés est une thérapie « bébé-parents », c'est donc bien l'idée de travailler aux côtés de tous les partenaires éventuels du bébé qui se profile ici.

Le travail thérapeutique auprès du bébé tel que nous le concevons implique que tous aient une part active à jouer dans le suivi : si l'un des partenaires du bébé n'est pas partie prenante, le processus thérapeutique ne peut pas se dérouler car le bébé peut sentir un conflit de loyauté à son sujet.

Ces éléments de réflexion qui peuvent paraître s'éloigner de notre sujet ont en réalité amplement leur place dans ce travail de thèse.

1.2.1. Choix du terme « partenaires »

Il convient en premier lieu de livrer quelques explications relatives aux choix des termes employés. En effet, il existe dans la littérature différents termes pour désigner la (les) personne(s) prenant soin, au sens large, du bébé.

1.2.1.1. Le « prochain secourable » (*Nebenmensch*) chez Freud

Freud, dans l'*Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895/2011), propose le terme de *Nebenmensch* en allemand qui signifie « l'autre à côté de toi », « celui qui est près de toi », « celui qui t'entoure », un peu dans l'idée des Fées Marraines qui veillent sur la petite Aurore dans le conte de Charles Perrault (1697/1978). Malheureusement, les termes retenus en français (« prochain secourable ») comme en anglais (*caregiver*) ne relatent pas ces considérations.

Le terme de *caregiver* renvoie littéralement à « la personne qui donne (dans l'idée de prodiguer) des soins » ce qui n'apparaissait pas dans le concept freudien – pour traduire l'idée du soin, il aurait plutôt fallu parler de *Mitmensch* en allemand, que Freud emploie dans un autre contexte.

Dans les termes de « prochain secourable », nous entendons comme un état d'urgence, comme si le bébé était dans une situation extrême de danger – ce qui peut être vrai d'un certain point de vue. Malheureusement, cela ne met pas l'accent sur l'aspect positif du lien qui peut exister en allemand ou même en anglais. De plus, dans l'idée de « prochain », il est

possible d'entendre une connotation religieuse, sans doute importante à l'époque de Freud où le terme fut traduit, qui ne nous semble plus de rigueur aujourd'hui.

Dans le terme de « prochain secourable », il y a cette idée que le bébé est totalement dépendant de l'adulte. Bien entendu, c'est d'une part tout à fait juste, dans le sens où le bébé a besoin que l'on s'occupe de lui, physiquement d'abord (qu'on le nourrisse, qu'on le change, qu'on se soucie de son sommeil, etc.) mais aussi psychologiquement (qu'on lui parle, qu'on le rassure, etc.).

Est-ce que cela voudrait dire qu'un bébé ne pouvant pas trouver en son « prochain secourable » quelqu'un de satisfaisant aurait forcément un destin compromis ? L'expérience clinique nous montre bien que non. En effet, le bébé peut s'appuyer sur des « potentiels » dont il est lui-même doté, nous allons y venir. Il convient également d'ajouter que l'environnement du bébé peut revêtir un sens large et ne considère pas seulement les membres du foyer familial. D'autres personnes, membres de la famille au sens large, amis, voisins, etc. peuvent aussi prendre le relais. Nous les considérons pleinement dans le terme de « partenaires ».

1.2.1.2. La « position psychique maternelle » chez Winnicott

Bien qu'évoquant toujours « la mère » dans ses écrits, Winnicott convient dans son article intitulé « La préoccupation maternelle primaire » (1956/1969) que, même si la mère du bébé semble être la mieux placée pour tenir cette place de « mère ordinaire normalement dévouée » (1949/2002, 1966/1992), il ne s'agit pas forcément d'elle au sens strict du terme. Voici la définition qu'il propose :

Nous pouvons maintenant dire pourquoi nous pensons que la mère du bébé est la personne qui convient le mieux pour les soins de ce bébé : c'est parce qu'elle a pu atteindre cet état particulier de préoccupation maternelle primaire sans être malade. Toutefois, une mère adoptive ou toute autre femme capable d'être malade au sens de la « préoccupation maternelle primaire » peut s'adapter suffisamment bien, en raison d'une certaine faculté d'identification au bébé. (Winnicott, 1956/1969, p. 290).

Il est vrai que cette définition rend bien compte – nous sommes en 1956 – du fait que ce n'est pas forcément la mère biologique du bébé qui peut tenir cette place, mais également « une mère adoptive ou toute autre femme ». Qu'en est-il des hommes ?

Winnicott poursuit et élargit son propos, en incluant sa notion phare d'« environnement suffisamment bon » (*good enough*), ce qui suppose donc que d'autres personnes que la mère elles-mêmes puissent exister auprès du bébé : « il semble, d'après cette thèse, qu'un environnement suffisamment bon (*good enough*) dès le stade primaire permet au petit enfant de commencer à exister » (Winnicott, 1956/1969, p. 290).

À notre sens, et Winnicott le disait déjà, ce qui prime semble davantage être le fait d'avoir la capacité de s'adapter aux besoins du bébé pour y répondre spécifiquement. Cela rejoint ce que le courant du « Parentage Proximal » met en lumière – sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Rejoignons là les propos d'Albert Ciccone, professeur de psychologie et psychopathologie et psychanalyste français, qui suggère qu'il faudrait modifier le terme de préoccupation maternelle primaire pour le remplacer par celui de « préoccupation *parentale* primaire » (Ciccone, 2012). Voici ce qu'il en dit :

(...) La préoccupation primaire pour un bébé n'est pas plus maternelle que paternelle. D'une part elle peut concerner autant le père que la mère, et d'autre part elle fait appel à l'intérieur de chacun à une parentalité qui combine des aspects maternels et paternels qui constituent ce que j'appelle la biparentalité psychique. (Ciccone, 2012, pp. 426-427)

Précisons enfin que tout un chacun, y compris quelqu'un qui ne soit pas le parent de l'enfant, puisse se mettre dans cet état de « préoccupation parentale primaire » à son égard.

1.2.1.3. Gommer le genre et inclure la pluralité

Malgré des explications assez claires de Winnicott relatives au fait qu'il n'existe pas de lien entre le genre de la personne et la fonction qu'elle peut occuper, les termes restent figés : « le maternel » renverrait à l'entourance, la contenance, la réassurance, etc. *vs* « le paternel » qui serait à situer du côté du tiers séparateur, de la loi, du symbolique, etc. Nous les adeptes de l'approche psychanalytique en conviendront tous, nous réfléchissons et parlons en ces termes au quotidien.

Il semble ainsi pertinent d'interroger le fait que ces termes pourraient directement découler de l'image de la société patriarcale dans laquelle nous nous sommes situés pendant très longtemps, avec une mère prenant soin des enfants à domicile pendant que le père est au travail, incarne la loi, et ouvre, ou non, sa famille sur la société, sur l'extérieur du foyer.

Nous savons tous à quel point ce schéma n'est plus le reflet de la majorité des familles d'aujourd'hui.

Selon deux auteurs français, Marie-Laure Abécassis, psychologue et psychanalyste, et Éric Bidaud, psychologue, psychanalyste et Professeur en psychopathologie clinique à l'Université de Paris, ce sont justement ces modifications du paysage familial : les familles monoparentales et recomposées, les nouvelles techniques de Procréation Médicalement Assistée (PMA), la revendication des couples homosexuels pour le droit d'avoir un enfant, l'évolution des mœurs, qui non seulement feraient émerger de nouveaux modes de parenté et de parentalité, mais en plus participeraient à l'instauration d'une confusion entre les positions féminine et masculine et les fonctions maternelle et paternelle (Abécassis & Bidaud, 2014).

Récemment, il a été annoncé qu'une étude va être récompensée par le *Breakthrough Prize*¹² en *Life Sciences* (2021), prix scientifique fondé par des entrepreneurs de la Silicon Valley – les travaux ont déjà reçu, en 2006, le Prix Richard-Lounsbery en biologie et médecine.

En effet, la neurobiologiste franco-américaine, chercheuse au *Howard Hughes Medical Institute* et professeure à *Harvard University*, Catherine Dulac, est nommée pour être récompensée pour la découverte de circuits neuronaux spécifiques aux « comportements parentaux » chez la souris, mentionnés sous le terme d'« instincts parentaux » (*parenting instinct*). Dulac et son équipe ont ainsi démontré que les souris, mâles comme femelles, disposeraient en eux de neurones spécifiques relatifs aux soins parentaux considérés « maternels » et « paternels » pouvant s'activer en fonction du contexte rencontré. Par exemple, un mâle pourrait tout à fait s'occuper du bébé souriceau qui vient de naître. Dulac fait l'hypothèse que ses découvertes soient transposables au cerveau de tous les mammifères (Ho-Shing & Dulac, 2019 ; Kohl & Dulac, 2018 ; Li & Dulac, 2018 ; Li et al., 2017).

¹² France Science. (2020). *Catherine Dulac, lauréate du Breakthrough Prize en sciences de la vie 2020*. Consulté le 01/10/2020 sur <https://france-science.com/catherine-dulac-laureate-du-breakthrough-prize-en-sciences-de-la-vie-2020/>

Enfin, il me semble fondamental d'aborder l'approche du « Parentage Proximal » (Butzbach¹³, 2021, à paraître), en référence à l'expression « *Attachment Parenting* » popularisée par le pédiatre américain William Sears (W. Sears & M. Sears, 2001).

Alfie Kohn (2005), chercheur américain et enseignant à *Brown University* et *University of Chicago*, utilise le terme d'« *Unconditional Parenting* » que l'on pourrait traduire par « Parentage Inconditionnel », partant du principe que le besoin fondamental de l'enfant est l'amour inconditionnel qu'on lui porte. Bien que non-inscrits dans ce courant, d'autres chercheurs véhiculent cette idée, comme Gopnik (2016)¹⁴ qui suggère que l'amour soit un contexte nécessaire pour que l'exploration de l'environnement et l'apprentissage puissent se faire. Meltzoff (2016)¹⁵ aussi, relatant que les enfants ne réussissent pas la plupart du temps en première intention – quand le bébé essaye de grimper sur le canapé par exemple, suggère de stimuler l'amour propre des enfants pour qu'ils soient suffisamment équipés pour persévérer jusqu'à ce qu'ils y arrivent, ce qui suppose d'avoir la capacité de surmonter l'échec, de rester curieux et de continuer à vouloir explorer et apprendre.

Revenons-en au « Parentage Proximal ». Il se base sur les travaux relatifs aux théories de l'attachement (Ainsworth, 1963 ; Bowlby, 1969-1982/1978-1984 ; Harlow, 1958). Aux États-Unis, si ces idées sont présentes depuis les années 1960, en France, ces considérations ont, semble-t-il, mis plus de temps à arriver. Si aujourd'hui, cela peut sembler aller de soi d'écouter les besoins spécifiques du bébé et de tout mettre en œuvre pour y répondre, cela n'a pas toujours été le cas. Nombreux sont les partenaires du bébé qui racontent en séances à quel point l'entourage peut les faire culpabiliser lorsqu'il n'est pas averti de toutes ces considérations pourtant basées sur des études scientifiques.

Avec le terme de « Parentage Proximal », Butzbach propose de gommer les genres qui existaient dans la notion de « Maternage Proximal ». Elle se focalise davantage sur la proximité avec le bébé (en opposition au terme de « parentage distal », à distance) et la nécessité de percevoir, respecter et répondre aux besoins de celui-ci. Cela renvoie aux soins procurés au bébé et au jeune enfant basés sur l'écoute de ses besoins perçus par l'adulte : allaitement, portage physiologique, sommeil partagé ou co-dodo, etc. sont des thématiques

¹³ Natacha Butzbach, psychologue belge, est également la fondatrice du *Réseau de Parentage Proximal* en France dont je suis membre. Le RPP propose de recenser les professionnels se reconnaissant en cette approche afin d'offrir aux partenaires du bébé la possibilité de trouver près de chez eux des professionnels sensibles à ces valeurs pour les accompagner.

¹⁴ Gopnik a participé à un documentaire constitué de témoignages de chercheurs scientifiques internationaux : Renner, E. (2016). *O Bebê Fantástico* [Saison 1, épisode 1] [Épisode de série Netflix]. Dans E. Renner (Réalisateur), *O Começo da Vida*. Maria Farinha Filmes.

¹⁵ *Ibid.*

qui y trouvent tout à fait leur place. Les études neuroscientifiques viennent soutenir ces positions, en proposant que la plasticité neuronale du bébé pendant sa première année de vie (cf. II.2.4.1.1.) en fasse un être immature dans le besoin d'être très finement accompagné et soutenu pour pouvoir espérer un développement sécure et de bon augure pour la suite.

Au-delà des besoins primaires, le « Parentage Proximal » propose aussi d'écouter et de respecter la singularité et le rythme propre à chaque bébé : si certains bébés apprécient d'être posés pour une sieste, d'autres peuvent avoir besoin de rester dans les bras par exemple. Dans cette considération, il n'y a pas de règle à proprement parlé qui tienne, si ce n'est d'être attentif à l'autre, contrairement à ce qui a longtemps été véhiculé dans notre société avec des « règles » émises au risque de quoi, les bébés deviendraient des adultes capricieux et « mal élevés ». C'est dans cette optique que W. Sears et M. Sears (2001) proposent que le « Parentage Proximal » soit une approche pour élever les enfants plutôt qu'un ensemble de règles strictes. “*We did what we did just because it seemed natural to us*”¹⁶ (W. Sears & M. Sears, 2001, p. 3).

Enfin, évoquons les travaux de Lawrence J. Cohen, docteur en psychologie américain qui emploie dans son livre phare *Playful Parenting* la métaphore de *love tank* (Cohen, 2001/2002) traduisible par « réservoir d'amour » ou « réservoir affectif » (Dumonteil-Kremer, 2010 ; Filliozat, 2015). Cohen (2001/2002) propose aux partenaires de l'enfant de veiller à remplir ce réservoir affectif tout au fil de la journée. Après des excursions dans le monde extérieur, c'est auprès des membres de son environnement proche que le bébé ou l'enfant a besoin de se réapprovisionner en « carburant ».

Le réservoir affectif du bébé ou de l'enfant peut ainsi être vidé de diverses façons : la faim, la fatigue, la séparation, une blessure, un stress, etc. Une personne dont le réservoir affectif est vide – cela est aussi valable pour un adulte – aura tendance à être plus sensible, plus irritable et cherchera davantage d'attention à l'aide de stratégies plus ou moins efficaces.

Pour remplir ce réservoir, Cohen (2001/2002) conseille le contact physique mais aussi des mots réconfortants, ce que Winnicott, bien des années auparavant, décrivait sous les termes de *holding* et *handling* (Winnicott, 1963/2000).

¹⁶ Traduction proposée par l'auteur : « Nous avons fait ce que nous avons fait, simplement parce que cela nous est apparu naturel de le faire ainsi ».

Il apparaîtrait ainsi assez intéressant de préférer des notions renvoyant directement à ce qu'elles désignent concrètement, en parlant par exemple préférentiellement de « fonction contenante » ou de « fonction tiers », plutôt que de fonctions maternelle et paternelle.

J'aimerais également préciser qu'un parent, et plus largement un sujet, quel que soit son sexe, mais aussi quel que soit son lien avec l'enfant, puisse combiner en lui de manière harmonieuse à la fois des aspects dits « maternels » et « paternels », formant ainsi ce que Ciccone (2012) appelle « biparentalité psychique »¹⁷ et qui doit être selon lui à la fois « structurante, protectrice [et] sécurisante » (Ciccone, 2012, p. 427).

Cela étant dit, nous aimerions pouvoir désigner une ou plusieurs personnes disponibles et attentifs au repérage et à l'apport d'une réponse adaptée aux besoins du bébé, sans y associer de genre et en incluant d'emblée la possibilité d'une pluralité. Ainsi, nous proposons de nous référer dans ce travail de recherche aux membres de l'environnement du bébé sous le terme plus englobant et non genré de « partenaires », dans la lignée des travaux de recherche coordonnés par Lebovici, Mazet et Visier (1989).

1.2.2. Quelle place pour les pères ?

Nous l'avons dit, nul besoin d'être le parent du bébé pour occuper une place auprès de lui. Cependant, la très grande majorité des bébés que nous recevons sont issus de familles au schéma « traditionnel » avec une mère et un père. Depuis longtemps, la dyade et l'importance du lien mère-bébé (en pré comme en post-natal) est largement mise en avant dans la littérature. La considération des pères auprès des bébés, plus récente, remonterait seulement aux années 1990, et celle portée à l'homoparentalité à un présent encore plus proche (Ansermet, 2015 ; Cyrulnik, 2001/2004). Il nous apparaît particulièrement intéressant de pouvoir réfléchir à la place du père ou plus largement, à la place de celui ou celle qui ne porte pas l'enfant pendant neuf mois.

¹⁷ Ciccone (2012) a proposé le terme de « biparentalité psychique », en référence à la notion de « bisexualité psychique » (Ciccone, 2011) dans la lignée des travaux de Frances Tustin. En effet, Tustin (1981/1986) a appelé « bisexualité psychique primaire » ce qui renvoie aux deux types d'expériences que le bébé doit essayer d'articuler : d'un côté des expériences décrites comme « molles » et de l'autre côté, des expériences dites « dures ». À ce propos, Ciccone a préféré employer le terme de « bisexualité psychique » pour éviter les ambiguïtés du terme « sexuel » (Ciccone, 2016).

1.2.2.1. Le père chez Winnicott

Bien avant cet engouement pour les pères il y a une trentaine d'années, quelques auteurs s'y intéressaient déjà. En 1944, Winnicott consacre un article aux pères (*What about father ?*). Bien qu'il n'y fasse pas l'éloge de l'importance d'un père dès les premiers instants de vie pour le bébé lui-même, il a le mérite de s'être penché sur la question.

Winnicott y évoque le fait qu'un père peut prendre la place qu'une mère accepte bien de lui donner. En effet, dans les premiers moments de vie du bébé, mère et bébé sont dans l'illusion qu'ils ne font qu'un – même si au fond d'elle, la mère sait bien d'emblée, ou en tout cas très rapidement, qu'il n'en est rien (Winnicott, 1966/1992). Le moment auquel le père va pouvoir intervenir dans cette dyade semble donc complètement dépendre d'elle.

En guise de conclusion de son article, Winnicott s'adresse ainsi directement aux mères :

(...) vous vous apercevrez facilement que cela vaut la peine [d']aider [votre mari] à connaître vos enfants et d'aider vos enfants à le connaître. Il ne dépend pas de vous que leurs rapports soient riches, cela dépend du père et des enfants, mais cela dépend beaucoup de vous de rendre ces rapports possibles, de ne pas les gêner ou les gâcher. (Winnicott, 1944/2002, p. 138).

Cela dit, la place qu'un père accepte, ou non, d'occuper auprès de son bébé, dépend aussi du père lui-même : de son histoire personnelle, de la place que ses propres parents ont eue auprès de lui lorsqu'il était bébé, etc.

Enfin, le bébé lui-même étant impliqué dans la relation, il tient forcément lui aussi un rôle dans la manière dont ce lien va pouvoir, ou non, advenir.

Si Winnicott évoque – nous sommes en 1944, rappelons-le – ne pas pouvoir affirmer que la présence d'un père tôt dans la vie du bébé lui soit bénéfique, cela est désormais clairement établi (Gray & Anderson, 2015 ; Leidy et al., 2002/2013 ; McWayne et al., 2013 ; Nettle, 2008). En revanche, Winnicott reconnaît bien volontiers le bénéfice pour la mère qu'un père soit présent en tant que compagnon et la soutienne (ce qu'il dénomme « sécurité sociale » pour l'enfant) et évoque un impact positif de manière indirecte pour l'enfant qui peut sentir des relations apaisées entre ses parents.

Nous l'avons dit, Winnicott à l'époque où il écrit ses textes associe aux mères douceur et tendresse et propose que les qualités plus « sérieuses » dont elles peuvent aussi être dotées, comme le fait d'être dur, sévère ou stricte par exemple, permettraient à l'enfant de ressentir du familier lorsque son père arrive dans sa vie, prenant à ce moment le relai de ce côté-là,

soulageant ainsi les mères ... mais qu'en est-il du vécu des pères ? Les pères ne pourraient-ils exister auprès de leurs enfants que dans cette optique ? Est-ce l'histoire personnelle de Winnicott¹⁸ qui a pesé dans l'élaboration de sa théorie ? Dans le même sens, il suggère que « si [les mères] doivent tout faire, si, en même temps que l'amour, elles doivent fournir tout ce qui est fort et strict dans la vie de leurs enfants, elles portent vraiment un grand fardeau » (Winnicott, 1944/2002, p. 134). Pour les pères, n'est-ce pas un fardeau que de n'être assigné qu'à la place de celui qui réprimande et doit faire respecter la loi ?

Nuançons ce propos. Plus loin, dans le même texte consacré aux pères, Winnicott suggère que « néanmoins, si le père est présent et désire connaître son enfant, l'enfant a de la chance et, dans le meilleur des cas, le père enrichit grandement le monde de l'enfant » (Winnicott, 1944/2002, p. 135). Winnicott reconnaît donc aux pères une possibilité d'enrichir la vie du bébé. Puis il inclue la mère dans son propos : « Lorsque le père et la mère acceptent tous les deux la responsabilité de l'existence de l'enfant, le terrain est préparé pour un bon foyer » (Winnicott, 1944/2002, p. 135). Cela pourrait être mis en lien avec la notion phare de Winnicott (1956/1969) d'« environnement suffisamment bon ».

Dans un exposé présenté en 1962 devant le *San Francisco Psychoanalytic Institute*¹⁹, Winnicott semble considérer que ses théorisations relatives aux mères sont aussi valables pour les pères. Il dit :

(...) en gros, pour étudier les soins dont nous pouvons entourer l'enfant bien portant et celui qui traverse une crise, notre meilleure façon de procéder est d'étudier la mère (dans la mère, je comprends toujours le père) et les soins qu'elle prodigue naturellement à son nourrisson. (Winnicott, 1962/1970, p. 29)

Revenons-en à ce que Winnicott (1945/1969, 1960b/1969, 1963/2000) décrit pour espérer un développement affectif primaire de qualité chez un bébé :

¹⁸ Winnicott a grandi, entouré de celles qu'il appelait ses "*multiple mothers*" : sa mère, ses deux sœurs aînées et leur gouvernante, la cuisinière, les femmes de chambre, une tante et sa *nanny*. Son père, absorbé par ses activités professionnelles, ne pouvait lui consacrer que peu de temps (une promenade d'une dizaine de minutes les dimanches). Par ailleurs, il n'a jamais eu d'enfants et n'a donc pas pu faire personnellement l'expérience de la paternité (Lehmann, 2009).

¹⁹ Cet exposé est relaté dans l'article « L'enfant en bonne santé et l'enfant en période de crise » (1962), disponible dans le recueil *Processus de maturation chez l'enfant* (Winnicott, 1965/1970).

- *Holding* (portage) : le bébé a littéralement besoin d'être porté physiquement, mais aussi considéré lors des soins routiniers dans sa singularité. On pourrait ainsi parler de « portage psychique » avec l'idée de s'adresser à lui et de l'envelopper par des douces paroles. Le bébé a ainsi besoin que l'on s'adapte finement lors de changements potentiellement éprouvés : sensibilité de sa peau à la variation de la température par exemple, mais aussi sensibilité visuelle, auditive, etc.
- *Handling* (maniement) : le bébé a besoin d'être touché et caressé lors de l'administration des soins comme la toilette, le change, etc.
- *Object-presenting* (présentation de l'objet) : dans un premier temps, étant dépendant de son environnement, il est important que la personne prenant soin du bébé apparaisse immédiatement lorsque ce dernier en a besoin.

Y a-t-il mentionné dans ces considérations le fait que ce ne soit que la mère ou une personne de sexe féminin qui pourrait occuper cette position auprès du bébé ?

1.2.2.2. « Parent » ou partenaire du dehors : un vécu à part entière

Il va de soi que la personne qui a porté le bébé et celle qui a vécu cela de l'extérieur ne peuvent pas, par définition, expérimenter le même processus. En effet, celle qui porte le bébé (la mère en général) va subir des transformations physiques avec un ventre qui s'arrondit notamment, mais aussi des modifications émotionnelles et psychiques, du fait de remaniements hormonaux propres à la grossesse, ainsi que par la réactualisation de son vécu en tant que bébé vis-à-vis de ses propres parents. La mère va également sentir le bébé bouger et grandir depuis son intérieur au fil de ces neuf mois de gestation. Comment le parent du dehors, ou plutôt pourrions-nous dire l'autre auprès de celle qui porte le bébé en elle, pourrait-il accéder à un pareil puisqu'il n'expérimente pas ces choses ?

Pascal Reuillard, psychologue brésilien, rejoint ce propos en interrogeant puis en réfutant le terme de « préoccupation *paternelle* primaire » (Reuillard, 2009) en raison justement de cette absence de « bagage de la grossesse » chez l'homme qui permettrait à la femme d'atteindre cet état d'hypersensibilité.

Il n'est cependant pas complètement faux de dire que, d'un certain point de vue, le parent du dehors expérimente lui aussi un état tout à fait particulier. En effet, il semblerait que ce dernier ne puisse faire exister le bébé, au début en tout cas, nul par ailleurs que dans sa

tête. Contrairement aux femmes, les hommes ne vont disposer d'aucun élément, sinon une parole, une annonce, pouvant leur indiquer qu'ils vont devoir accueillir un enfant (Abécassis & Bidaud, 2014). Nous laissons de côté le cas des situations de PMA en suggérant cela.

Le pédopsychiatre français Roger Teboul, élève de Serge Lebovici, évoque un processus psychique à l'œuvre dans cette transformation que le père en devenir va subir, au niveau individuel mais aussi sociétal. Teboul (1994) propose que le siège de la grossesse chez l'homme soit ainsi sa tête, et c'est finalement davantage l'investissement psychique autour du bébé qui va compter, plus que l'acte sexuel en lui-même, pour que le bébé s'incarne.

L'essor de l'échographie obstétricale est aussi intéressant à considérer. En effet, les travaux communs de deux britanniques à *University of Glasgow*, en Écosse (un ingénieur, Tom Brown, et un gynécologue, Ian Donald) permettent en 1957 de mettre au point la première sonde échographique, à partir d'un échographe conçu pour la détection de défauts sur les coques de bateaux. La mise en application est développée à la maternité de l'hôpital royal de Glasgow et Donald, Macvicar et Brown publient l'année suivante un article fondateur dans *The Lancet* sous le titre *Investigation of Abdominal Masses by Pulsed Ultrasound*. L'article contient les premières images échographiques d'un fœtus en deux dimensions.

Depuis, en lien avec des avancées technologiques, il a successivement été possible d'observer le fœtus en trois dimensions (avec une visualisation possible en volume, puis un réalisme amélioré grâce à la pratique de l'échographie via une sonde vaginale) et plus récemment en quatre dimensions.

Sans nul doute, ce que l'échographie donne à voir du fœtus a permis aux pères d'évoluer dans leurs représentations psychiques de ce qu'est leur enfant en devenir, une partie d'eux-mêmes, qui grandit dans le corps d'un autre. Si certains auteurs comme par exemple Michel Soulé, psychanalyste et professeur honoraire de pédopsychiatrie française, en pointent le côté négatif en qualifiant l'échographie obstétricale d'« Interruption Volontaire de Fantasma » (Soulé, 1982), il semble que cela puisse tout de même donner davantage matière de « réalité » aux pères ou à cet autre ne portant pas l'enfant, dans le sens d'un « support à la fantasmatisation » (Teboul, 1994). Golse vient confirmer cette idée en considérant l'échographie comme « une aide à l'existence du bébé dans la tête des parents » (Golse, 2011, p. 244). Encore dans la même direction, Sylvain Missonnier, psychologue français,

psychanalyste et professeur de psychologie clinique à l'Université de Paris suggère que l'échographie offre une possible « Relation d'Objet Virtuel utérine » (Missonnier, 2004).

Abécassis et Bidaud (2014) proposent par ailleurs que les échographies fœtales anténatales produisent non seulement des effets sur le plan psychique des sujets masculins, mais qu'en plus, cela modifie le « tissage relationnel familial » de la triade père-mère-enfant. Celui qu'ils dénomment « témoin-participant » de ces échographies serait à la fois spectateur, acteur et auteur, devant parvenir à combiner les polarités active et passive de sa paternité (Abécassis & Bidaud, 2014, p. 108). Aussi, ils soulignent à juste titre que les processus psychiques à l'œuvre chez le père en devenir soient de nature différente lors des différentes échographies, du fait justement d'examen spécifiques (et donc différents, eux aussi) pratiqués au cours des premier, deuxième et troisième trimestres. Il apparaît tout à fait pertinent d'élargir ces réflexions à l'autre auprès de la femme enceinte, quel que soit son sexe, et il convient aussi d'indiquer des variabilités culturelles non négligeables.

Aussi, évoquons l'accompagnement pré et post-natal qui connaît un essor considérable en France ces dernières années : l'haptonomie.

Catherine Dolto, médecin et haptothérapeute français, pionnière dans ce champ, nous explique que cet accompagnement propose d'intégrer d'emblée la présence d'un tiers. Mère, père ou autre parent, et haptothérapeute se réunissent autour du ventre maternel pour rencontrer le bébé, par la parole et le contact, et ce dès le plus tôt possible en période prénatale. Si le ou la conjoint(e) ne souhaite pas s'investir, s'il est parti ou décédé, une tierce personne est toujours mobilisée : c'est la triade qui doit primer, afin de faire prendre conscience au bébé (et également à la mère) que tout un monde existe au dehors.

On parle en haptonomie (ou en « science de l'Affectivité » comme la nommait son créateur, Frans Veldman, thérapeute hollandais) de « corporalité animée de rencontre » car une personne humaine doit être considérée dans sa globalité, dans son « unité affectivo-somato-psychique » (C. Dolto, 2007). Le terme de « rencontre » qui nous intéresse tout particulièrement figure également car le sujet est pris d'emblée dans un tissu d'histoires, c'est bien l'autre qui nous constitue comme sujet. Ainsi, l'autre qui ne peut pas être en lien « naturellement » avec le bébé, du fait de ne pas le porter en son corps, peut tout à fait trouver sa place dans ce qui est d'emblée une triade mère-bébé-père, ou plus largement mère-bébé-autre.

Cette approche permet au père (à l'autre parent ou à un membre de l'environnement du bébé) d'exister « concrètement » dès la période in-utéro, mais cela permet également au bébé lui-même d'expérimenter des choses intéressantes, avant même de naître. Le bébé in-utero, de son initiative, va pouvoir venir solliciter à sa guise et être acteur de l'échange : sa mère, en laquelle il est porté et se développe, mais aussi l'autre auprès d'eux, ou encore l'haptothérapeute.

Finalement en haptonomie, le bébé est sollicité très tôt, ce qui permet de constituer des circuits neuronaux dès lors. La plasticité neuronale (que nous évoquerons dans le chapitre suivant) va ainsi permettre de modifier les dispositions que le bébé avait, ce qui permet sans doute d'expliquer la qualité de présence de la majorité des bébés ayant bénéficié de ce type de suivi. Ne peut-on pas lire là une prémisse de ce que nous recherchons chez le bébé pour lui espérer un bon développement psychique : qu'il soit acteur du lien à l'autre ?

Il apparaît cependant important de souligner que ce « monde du dehors », même le bébé autour duquel des séances d'haptonomie ne s'organisent pas peut en prendre conscience. En effet, le bébé apprend à connaître (à reconnaître ?) les sons qui l'entourent : les bruits internes (la voix de sa mère, les battements du cœur de celle-ci, les bruits du placenta) et les bruits externes (la voix du parent du dehors ainsi que d'autres stimuli externes auxquels peuvent être associés des réactions corporelles de la mère, comme le sursaut par exemple). Le bébé, alors encore fœtus, apprend ainsi à réagir aux présences et aux absences. In-utéro, le bébé pourraient donc déjà faire l'expérience d'évènements qu'il retrouvera ultérieurement.

1.2.2.3. Une évolution sociétale à considérer

Nous l'avons dit, ces dernières décennies, sans doute en lien avec une évolution du schéma familial « classique » amenant les femmes à s'émanciper, notamment en (re)travaillant de plus en plus (ou de plus en plus tôt après la naissance du bébé), les pères (ou l'autre parent) ont pris davantage de place que par le passé dans les soins à apporter au bébé, ce qui participe au développement de leurs liens privilégiés directs. Ainsi, les pères, ou plus largement les partenaires du bébé autre que la mère, peuvent davantage exister en tant que tels auprès de celui-ci, et non plus de manière indirecte, c'est-à-dire seulement à travers le regard maternel.

Abécassis et Bidaud (2014) soulignent aussi que l'autorité devenue « parentale » sur le plan juridique dans les années 1970 a contribué à l'indifférenciation entre les figures maternelle et paternelle.

Il semble aussi intéressant d'indiquer un ancrage moindre de la religion dans notre société contemporaine.

Comme nous l'avons dit, en référence à Winnicott, considérer seulement la mère auprès d'un bébé est, d'une part, erronée, et d'autre part, lui fait porter beaucoup de poids – de culpabilité dans le cas d'une relation qui ne se déroulerait pas comme souhaité ?

Peut-être en lien avec une prise de parole davantage possible aujourd'hui, les femmes ayant vécu l'expérience de la maternité s'autorisent désormais à dire à quel point elles ont eu besoin du père de leur enfant, de leur compagne, de leur mère... de quelqu'un. Un proverbe africain dit bien qu'*il faut tout un village pour élever un enfant*. Cela est vrai, et même avant l'arrivée du bébé, dès la grossesse, dès le début de cette période tout à fait particulière pour la femme.

Toutefois, si la tendance générale est ainsi dans nos sociétés occidentales, cette implication de l'autre, des autres, partenaires du bébé, reste variable d'une famille à l'autre. Finalement, ne pourrait-on pas dire qu'il existe autant de manière d'être auprès du bébé que de partenaires ? Il va de soit que ces considérations dépassent les questions de la filiation biologique.

L'environnement occupe ainsi une très grande place dans la vie du bébé, sinon indispensable, dans le sens d'une dépendance assez clairement établie. Pour autant, Winnicott lui-même, dès ses travaux, contrebalance cette idée qui est la sienne, avec le fait que quelque chose vient très clairement du bébé lui-même, comme si le bébé avait lui aussi un rôle actif à jouer dans cette relation. Winnicott décrit le bébé comme une personne à part entière, avec donc, des « potentiels » qui lui sont propres et qui méritent d'être considérés comme tels, le plus tôt possible. Peut-être peut-on même envisager d'interroger ces considérations dès la vie intra-utérine du bébé ? Nombreux sont les auteurs à le suggérer.

1.3. Le bébé est une personne

Il est des personnes qui pensent qu'un enfant est comme de l'argile entre les mains d'un potier. Elles commencent à mouler le bébé et à se sentir responsables du résultat. Elles ont tort. Si c'est ce que vous éprouvez, vous serez écrasée par des responsabilités que vous n'avez absolument pas besoin de prendre. Si vous acceptez l'idée d'un bébé qui existe par lui-même, vous serez alors libre de retirer un grand intérêt de l'observation de ce qui se passe lorsque le bébé grandira, tout en étant heureuse de satisfaire ses besoins. (Winnicott, 1949b/2002, pp. 30-31)

1.3.1. Évolution de la considération du bébé

1.3.1.1. Du bébé « tube digestif » au bébé sujet

Pendant une très longue période, le bébé était perçu comme un « tube digestif » dont l'entourage attendait qu'il grandisse pour le considérer davantage. On le pensait aussi aveugle et sourd. Également, le bébé était décrit comme un être passif, résultat de l'investissement et de la considération que l'autre lui portait, presque exclusivement les mères, souvent blâmées d'ailleurs, dans l'idée d'une loterie où les chances du bébé dépendraient exclusivement du sort (Parlato-Oliveira, 2019).

Fort heureusement, les travaux de nombreux auteurs ont pu mettre en lumière une considération tout à fait différente, nous allons en rapporter quelques-uns.

1.3.1.1.1. L'étincelle de vie chez le bébé

Il apparaît indispensable de citer à nouveau les travaux de Winnicott. En 1949, le pédiatre psychanalyste consacre deux articles en lien avec notre présente thématique.

Un article intitulé *Le bébé en tant que personne (The Baby as a Person)* devrait éclairer notre propos, mais les éléments que Winnicott y livre, autour du plaisir, du jeu et de l'échange, seront davantage pertinents si nous les introduisons dans le chapitre suivant.

Le second article est intitulé *Le principe vital chez le bébé (The Baby as a Going Concern)*. Winnicott y indique :

Votre bébé ne dépend pas de vous pour ce qui est de sa croissance et de son développement. *Un principe vital existe* [emphase ajoutée par l'auteur] chez chaque bébé, une étincelle de vie. Cette poussée vers la vie, vers la croissance et le développement, fait partie du bébé. Il s'agit d'un élément avec lequel l'enfant naît et cet élément évolue d'une manière que nous n'avons pas à comprendre. (Winnicott, 1949b/2002, p. 29).

Bien que l'idée de « principe vital », suivie de celle d'« étincelle de vie », soit très intéressante, les termes que choisit délibérément Winnicott, en anglais donc, ne laissent pas transparaître la même chose. Dans la version originale, Winnicott dit : “Each baby is a *going concern* [emphase ajoutée par l'auteur]. In each baby is a vital spark (...)” (Winnicott, 1949/1991, p. 27).

L'idée de “*vital spark*” se retrouve dans l'« étincelle de vie », *spark* signifiant littéralement « étincelle ». La suite de la traduction, « de vie », est différente de *vital* (dans « de vie », on n'entend pas l'aspect essentiel, sans lequel on ne peut vivre), mais l'idée de « vital » est énoncé en début de phrase.

En revanche, concernant l'expression “*going concern*”, l'idée originale n'est pas retranscrite dans la traduction de « principe vital ». Dans la formulation anglo-saxonne, il réside une idée de mouvement, avec l'emploi du verbe *go*, qui signifie « aller », à laquelle est appliquée la forme progressive *-ing*, traduisible en français par l'idée d'être en train de faire quelque chose. Ce sentiment de mouvement ne se retrouve pas dans la traduction française – toutefois dans la suite de la traduction, il est mentionné que « cet élément évolue ».

Concernant le terme *concern*, difficile peut-être de savoir ce que Winnicott entend par là à l'époque de l'article en 1949, mais nous savons désormais qu'il a réintroduit plus tard dans son œuvre le terme de *concern* (Winnicott, 1962) pour évoquer une phase du développement affectif que l'on traduit en français par le stade de la « sollicitude »²⁰, dans l'idée que le bébé va être en mesure de se soucier de l'autre, d'en prendre soin et d'y faire attention (Lehmann, 2009). Pour le concevoir ainsi, le bébé est forcément considéré comme une personne.

Avec l'expression “*going concern*”, Winnicott évoque donc peut-être cet état en cours d'acquisition, vers lequel le bébé s'oriente, dans une considération plutôt optimiste et positive. Dans la suite du propos, les expressions « croissance », « développement » et

²⁰ Winnicott a en effet employé le terme de *concern* dans un exposé présenté en 1962 devant la *Topeka Psychoanalytic Society*, aux États-Unis, exposé qu'il a choisi d'intituler *The development of the capacity for concern* (Winnicott, 1963/1970). Winnicott y évoque la période du développement que Melanie Klein définit comme « position dépressive » mais n'y mentionne plus Klein ni son concept. En effet, après avoir évoqué cette période de la petite enfance sous les mêmes termes qu'elle (par exemple dans son article *The depressive position in normal emotional development* en 1954), Winnicott fait par la suite le choix de s'éloigner de ce terme pour en gommer définitivement l'aspect jugé négatif, et insister davantage sur le fait que l'accès à cet état soit une réussite dans le développement et donc un état « normal » à traverser, qu'il situe dans la seconde moitié de la première année de vie du bébé. Cela suppose bien entendu que l'enfant puisse déjà avoir perçu quelque chose du côté de la différenciation du dedans et du dehors, sinon, on se trouve dans ce que Winnicott nomme « un stade de non-sollicitude ou d'état sans pitié » (*unconcern or ruthlessness*) où le bébé ne saisit pas (encore) que ce qu'il « détruit » lors de moments d'excitation est la même chose qu'il apprécie lors de moments plus tranquilles (Lehmann, 2009, p. 151).

« évolue » semblent en effet laisser présager que les hypothèses que nous avons émises autour du stade de la sollicitude pourraient être cohérentes (Winnicott, 1963/1970).

Winnicott illustre ensuite sa réflexion en évoquant un oignon de jonquille que l'on planterait. Il est intéressant de mentionner que *spark* dans "*vital spark*" peut aussi vouloir dire « germe ». Winnicott précise que, certes l'on peut fournir la terre qui convient et l'arrosage dans la quantité qui nous semble la bonne, mais « ce n'est pas vous qui ferez pousser l'oignon pour qu'il devienne une jonquille » dit-il (Winnicott, 1949b/2002, p. 29), et de poursuivre : « Le reste viendra naturellement, parce que l'oignon porte la vie en lui » (Winnicott, 1949b/2002, p. 29), amenant ainsi deux éléments assez novateurs.

Non seulement, Winnicott dédouane les partenaires en indiquant clairement que quelque chose se passe en dehors de leur responsabilité, mais en plus, il offre là au bébé une certaine autonomie, une opportunité de pouvoir exister par lui-même.

Le pédiatre psychanalyste n'est pas le seul à évoquer le bébé en ces termes. Parlato-Oliveira (2019) dresse elle aussi le portrait d'un bébé actif et perspicace, capable d'effectuer des interprétations complexes sur ce qui lui est présenté et sur ce qu'il perçoit. La constitution de celui qu'elle nomme « l'incroyable bébé » (*surpreendente bebê*) ne dépendrait pas de l'extérieur, mais serait faite en fonction de son intérieur (Parlato-Oliveira, 2019, pp. 8-9).

Si les propos de Winnicott sont très optimistes dans sa manière de considérer le bébé, véritable aubaine pour rassurer, encourager et soutenir les partenaires, même près de soixante-dix ans après ses écrits, il convient de nuancer son propos, en rappelant que pour certains bébés, les choses ne sont pas si évidentes qu'il les décrit.

« (...) ce processus vital existe réellement chez le bébé (processus qui, en fait, est très difficile à éteindre) » (Winnicott, 1949b/2002, p. 30) affirme-t-il. Arrive-t-il tout de même que ce processus vital – que Winnicott nomme cette fois "*living process*" dans sa version originale (Winnicott, 1949/1991, p. 28) – s'éteigne ? Ou est-ce plutôt que ce processus vital ne semble pas (encore ?) s'être allumé pour certains bébés que nous rencontrons ? Il apparaît ici important de rappeler que Winnicott, dans sa pratique et dans ses théories, s'est davantage intéressé au bébé « ordinaire » qu'au bébé présentant des particularités.

1.3.1.1.2. *Le bébé, un individu comme les autres*

De l'autre côté de l'Atlantique, dès les années 1950, le pédiatre américain Thomas Berry Brazelton est aussi l'un des premiers à considérer les bébés et ce, le plus tôt possible.

Ses collègues de l'époque (Margaret Mahler, Erik Erikson, Jean Piaget) n'évoquent les bébés qu'au-delà de l'âge de trois mois car avant, les bébés ne seraient selon leurs dires que des « mottes d'argile » (Brazelton, 2001b).

Brazelton dénonce le fait que de percevoir les nouveau-nés comme « chaotiques » ou « insensibles » nous a mené pendant toutes ces années à agir « sur » lui, non pas « avec » lui. Il prend ainsi le contrepied en décrivant les bébés comme communicatifs, communicant avec leurs parents dès leur venue au monde, et les considère et les observe très finement. Il nous dit qu'« en tant qu'adulte, il faut comprendre que le bébé doit être considéré comme quelqu'un qui a des comportements, des rythmes, une gestion, comme n'importe quel individu » (Brazelton, 2001b, p. 88).

Nous présenterons plus en détails les travaux de Brazelton dans la prochaine sous-partie (cf. I.1.3.2.2.). Il convient toutefois d'indiquer dès à présent que l'une des forces et des originalités du travail de Brazelton réside dans le fait de rechercher la « meilleure performance » possible chez un bébé car il y a selon lui l'idée que l'individu – bébé ou non d'ailleurs – va là où on l'attend.

L'idée est que chaque enfant arrive au monde avec un potentiel qui lui est propre, prêt à être développé. Ces caractéristiques singulières, Brazelton et Cramer (1991) les nomment « signature » du bébé. Brazelton dote aussi le bébé d'une volonté et d'une capacité à participer activement à la relation (Lalova, 2011).

En 1984, les travaux de Brazelton sont largement diffusés dans le documentaire à succès, *Le bébé est une personne*, porté par les français Bernard Martino, écrivain réalisateur, Tony Lainé, pédiatre et Gilbert Lauzun, journaliste. Les trois volets du documentaire sont diffusés en France sur une chaîne de télévision grand public et à heure de grande écoute, permettant ainsi de toucher des milliers de téléspectateurs.

Bien qu'elle apparaisse également dans le documentaire, « le bébé est une personne » est une phrase souvent attribuée, à tort, à Françoise Dolto elle-même.

Il n'en reste pas moins que F. Dolto, célèbre pédiatre et psychanalyste français, défendait l'idée que l'enfant soit d'emblée un sujet à part entière :

D'emblée, vous pouvez lui parler au moins comme à votre égal. Pour lui, tout est langage. Ce qui ne veut pas dire « tout est parole ». Le langage de l'enfant, c'est d'abord celui des organes, qui peut être le silence ou le chaos. Ensuite, c'est le langage de sa santé, bonne ou mauvaise, qui permet son développement, qui l'oriente ou, parfois, l'interrompt. C'est fondamental : l'être humain est d'emblée un être de communication, dès sa vie fœtale. Et on peut communiquer avec lui, si on sait l'entendre et si on respecte sa dignité de futur homme ou de future femme. (F. Dolto, 1988)²¹

F. Dolto se veut aussi avant-gardiste en suggérant que l'on peut converser avec un fœtus et fait le lien avec l'haptonomie, enseigné par Veldman et pratiqué par sa fille, C. Dolto (cf. I.1.2.2.2.).

Dans cette lignée doltoïenne, les travaux de Myriam Szejer, pédopsychiatre et psychanalyste française, sont également éclairants. Dans son livre au titre éloquent *Si les bébés pouvaient parler...*, Szejer (2009) suggère qu'il est impératif de considérer le bébé comme un « être de parole », et ce dès sa conception.

1.3.1.1.3. *Du bébé professeur au bébé chef d'orchestre*

Le bébé a tant à nous apprendre... si l'on est prêt à se mettre à sa portée, à le regarder, à l'observer, à l'écouter. C'est en ce sens que Trevarthen désigne le bébé comme « notre professeur » (*our Teacher*) (Trevarthen, 2019).

Au-delà de cela, Trevarthen dote le bébé de nombreuses autres qualités pour le moins originales, et lui prête une intentionnalité suggérant donc que le bébé est une personne (ils sont, véritablement, des personnes humaines, dit-il), et ce dès sa vie intra-utérine (Trevarthen, 2017).

Trevarthen (2019) caractérise le bébé de « poète » (*Poet*) et décrit sa capacité à communiquer de façon « créative » par l'intermédiaire de son corps. Il le définit comme une créature inventive, créatrice de sens et d'interactions avec les autres, par l'intermédiaire de gestes, d'expressions faciales, parfois par la voix, même s'il ne parle pas encore.

²¹ Simonnet, D. (Journaliste). (1988, 18 mars). 1988 – Françoise Dolto : la parole aux enfants [Interview]. *Dans L'Express Archive*. Consulté le 8 novembre 2020 sur https://www.lexpress.fr/actualite/societe/1988-francoise-dolto-la-parole-aux-enfants_2020142.html

Cette existence de mouvements innés est difficilement explicable d'un point de vue « logique ». L'hypothèse de Trevarthen (2019) est qu'il s'agisse de pulsions, non pas « cognitives », mais émotionnelles, provoquant des pensées dynamiques qui racontent des histoires. Il souligne aussi que si le bébé est doté d'un cerveau plus petit (environ un tiers de la taille d'un cerveau adulte), toutes les parties pour « faciliter une vie humaine créative » dit-il, sont fonctionnelles (Trevarthen, 2019, p. 19).

Trevarthen (2019) définit aussi le bébé comme un « musicien » (*Musician*), et livre l'exemple d'un bébé aveugle capable de se mouvoir sur le rythme d'une musique.

Pendant longtemps pourtant, ces considérations n'allaient pas de soi. Trevarthen relate des travaux durant les années 1970 où les chercheurs ont montré à partir d'une vidéo que le mouvement des mains d'un nouveau-né pouvait être synchronisé avec celui qui se trouve à ses côtés (Condon & Sander, 1974).

Mentionnons enfin les travaux de Gilbert Amy, chef d'orchestre et compositeur français, et Bernard Golse, qui évoquent une véritable « danse des mains » (Amy & Golse, 2017) au sujet des mouvements des mains des bébés.

L'hypothèse posée par Golse (Golse, 2020b ; Amy & Golse, 2017) est très intéressante : l'aire cérébrale principale dédiée au langage dans le cerveau humain est celle que nous nommons aujourd'hui « aire de Broca ». Chez nos ancêtres les primates, cette même aire cérébrale était une aire motrice dédiée notamment à la commande des mouvements des membres supérieures. Bien que des variabilités culturelles et individuelles soient à prendre en considération, cela pourrait expliquer pourquoi nombre d'entre nous bougent leurs mains lorsqu'ils s'expriment oralement.

Selon Amy et Golse (2017), le bébé, lorsque l'on s'adresse à lui, agite ses mains. C'est aussi de cette manière qu'il peut raconter à sa mère ce qu'il en est, à la fois du vécu de son monde interne, et à la fois de ce qu'il peut recevoir d'elle, dans l'idée d'une « narrativité préverbale ». Les mains sont ainsi « au centre d'un espace de récit à double sens », ce qui vaut au bébé l'attribution du surnom de « chef d'orchestre », puisqu'un chef d'orchestre, lui aussi, écoute et conduit ses musiciens, avec ou sans baguette, à l'aide de ses mains.

1.3.1.1.4. L'« ordinateur Bébé 00 »

Les travaux d'Alison Gopnik se devaient d'être mentionnés dans ce travail de recherche. Gopnik jouit d'une notoriété à la fois sur la scène publique et dans le milieu de la recherche en psychologie du développement et cognitive. C'est à mon sens en procédant de la sorte qu'il est possible – d'essayer en tout cas – d'agir sur les mentalités et les représentations à l'égard des considérations de nos plus jeunes.

Gopnik et Andrew N. Meltzoff, docteur en psychologie américaine, pensent ensemble une « théorie de la théorie » (*Theory theory*) qui postule que les scientifiques feraient appel aux mêmes mécanismes pour développer leurs théories que les enfants qui développent des modèles causaux pour expliquer l'environnement qui les entoure (Gopnik & Meltzoff, 1997).

Rejoints par Patricia Katherine Kuhl, professeure américaine de sciences de la parole et de l'ouïe et co-directrice de l'*Institute for Learning & Brain Sciences* à *University of Washington*, Gopnik et Meltzoff publient ensuite un ouvrage grand public dans lequel ils décrivent le bébé comme un scientifique dans son berceau. La traduction de leur ouvrage en français ne fait malheureusement pas honneur à cette originalité, puisque le titre *The Scientist in the Crib : What Early Learning Tells Us About the Mind* (1999) a été reformulé en *Comment pensent les bébés ?* (2005).

Meltzoff (2016) décrit avec une grande finesse la manière dont le bébé cherche à comprendre comment fonctionne le monde qui l'entoure (*Does the world work like this ?*). Il s'appuie sur l'exemple d'une célèbre situation où le bébé jette un objet par terre. Si l'adulte peut s'en lasser, le chercheur suggère que le bébé puisse littéralement percevoir les choses différemment en pensant successivement : « Si je fais tomber cette cuillère, fera-t-elle un autre son ? » ; « Si je fais tomber cette cuillère, ma mère s'énervera-t-elle encore ? » ; « C'est merveilleux, je comprends ma mère ! Je peux lui faire faire cette expression faciale ! » ; « Je peux refaire cette expérience... Regardez, ça marche encore ! N'est-ce pas merveilleux ? ». Voilà une manière particulièrement optimiste d'envisager pourquoi le bébé répèterait les choses encore et encore, tel un petit scientifique construisant son plan d'expérience.

Ainsi, tous les partenaires du bébé « agissent spontanément » (donc de manière inconsciente), encourageant et influençant ces modifications de représentations et de règles. Les chercheurs américains concluent ainsi que l'environnement du bébé l'aide à se « reprogrammer » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 181).

Gopnik et al. (1999/2005) comparent par ailleurs le cerveau du bébé à un ordinateur, « l'ordinateur Bébé 00 », qu'ils présentent comme doté de « fonctionnalités tout à fait extraordinaires » et de programmes très performants, bien plus puissant que le dernier-né de la Silicon Valley (Gopnik et al., 1999/2005, p. 22). Ils proposent que l'« ordinateur Bébé 00 » soit constitué de neurones, plutôt que de processeurs, et programmé par l'évolution, plutôt que par un ingénieur. Selon eux, les liaisons du système informatique du bébé humain seraient le langage et l'amour, plutôt que des fibres optiques.

Aussi puissants soient-ils, les ordinateurs ne sont pas en mesure d'apprendre, ni de comprendre, et donc de s'adapter. Il faut aussi dire que les bébés disposent du « meilleur système de soutien technique de l'univers : leur mère » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 22), que nous pouvons élargir aux partenaires du bébé. Ce soutien est si précieux que les chercheurs le considèrent comme faisant partie intégrante du système.

Gopnik et al. (1999/2005) vont plus loin, et proposent qu'au-delà du bébé, ce soit notre « stratégie d'évolution » tout entière qui soit à penser en lien avec l'apprentissage. Cela expliquerait selon eux pourquoi les bébés sont « sans défense » et les adultes « dévoués à leur survie ». Ces éléments sont observables chez de nombreux autres mammifères. Le bébé aurait ainsi une capacité à apprendre, et l'adulte, celle d'enseigner. Gopnik et al. concluent ainsi : « en fait, ce ne sont pas les enfants qui sont de petits scientifiques : ce sont les scientifiques qui sont de grands enfants » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 25).

Gopnik (2009/2010) insiste aussi sur la similarité qu'il existe entre le cerveau du bébé et celui de l'adulte, et dénonce ce qu'elle nomme le « mythe du bébé au cerveau déficient » selon lequel les bébés « ne seraient que des carottes vagissantes, des légumes dotés de quelques réflexes » (Gopnik, 2009/2010, p. 143). Ainsi, face à un événement inattendu, ce sont non seulement les mêmes ondes cérébrales qui s'allument chez le bébé et chez les adultes, mais aussi les mêmes comportements qui sont à l'œuvre : ils regardent « fixement et intensément » l'évènement, « leurs yeux repèrent les traits importants et leur rythme cardiaque ralentit » (Gopnik, 2009/2010, pp. 143-144). Lorsque l'évènement est intéressant, l'un comme l'autre peut rester attentif, puis s'en lasser et éventuellement détourner le regard.

Cependant, Gopnik (2009/2010) pointe une grande différence entre le cerveau du bébé et celui de l'adulte, relatif au fait que le bébé dispose d'une capacité d'inhibition bien moins rodée que l'adulte, couplée à des capacités attentionnelles moindres. Gopnik le présente comme une force autant qu'une faiblesse, car si le bébé éprouve plus de mal à se concentrer sur une tâche ou un objet unique, il a cependant accès à des tas d'informations que l'adulte ne perçoit parfois même plus. « Au début de notre vie, nous sommes sensibles à davantage de possibilités, alors que plus tard, nous nous concentrons sur les possibilités les plus susceptibles d'être importantes et pertinentes pour nous » (Gopnik, 2009/2010, p. 150). Les bébés seraient ainsi conscients de plus de choses que nous les adultes, semblant faire « une expérience intense de tout à la fois » (Gopnik, 2009/2010, p. 153).

Une autre grande différence à nommer entre le cerveau du bébé et celui de l'adulte se situe du côté de la plasticité neuronale, à laquelle nous consacrerons une partie dans le chapitre suivant (cf. II.2.4.1.1.). Avec cette particularité, le cerveau du bébé demeure « profondément ouvert aux nouvelles possibilités » (Gopnik, 2009/2010, p. 153).

Il semble que Gopnik aime trouver des surnoms aux bébés. Riche d'un parcours en philosophie, elle titre son second ouvrage *best-seller*, *Le bébé philosophe (The Philosophical Baby)* (2009 pour l'édition originale, 2010 pour la traduction française) et suggère que les bébés résolvent un grand nombre d'énigmes philosophiques, dès leurs premiers mois de vie.

Gopnik (2009/2010) y envisage également les bébés comme des « statisticiens », rejoint par le psychologue français cognitiviste et neuroscientifique, Stanislas Dehaene qui dispense des cours au Collège de France (Dehaene, 2013). Nous reparlerons de ces caractéristiques du bébé dans la partie consacrée au potentiel linguistique chez le bébé (cf. I.1.3.2.4.).

Les personnifications dont les auteurs dotent le bébé sont nombreux, nous l'avons vu, du professeur au chef d'orchestre, en passant par le petit scientifique du berceau, philosophe, poète... Le bébé n'en finit pas d'intéresser et de questionner.

Pourtant, malgré toutes ces avancées dans la manière de les percevoir, la prise en compte de la douleur chez les bébés est assez récente. Ce n'est en effet que depuis les années 1990 que la douleur a pu commencer à être mentionnée pour les bébés, et que depuis récemment qu'elle peut véritablement être entendue. Malheureusement, son traitement et sa

prise en considération ne se fait pas encore de manière systématique. Les dialogues entre ceux que l'on pourrait nommer les « bébologues » et le milieu médical sont à encourager.

1.3.1.2. Une considération tardive de la douleur chez le bébé

1.3.1.2.1. L'étude phare d'Anand, Phil et Hickey en 1987, tournant dans la considération du bébé

La douleur du bébé a longtemps été niée, autant par méconnaissance des mécanismes de la douleur que par manque d'attention envers cet autre dénué de parole. Jusque dans les années 1980, il était même courant de ne pas administrer aux bébés d'antalgique pendant une opération chirurgicale. L'argument avancé jusqu'alors reposait sur le fait que les nouveau-nés n'auraient pas de mémoire des expériences douloureuses, incapables donc d'interpréter et de localiser le ressenti d'une douleur comme pourraient le faire des adultes (Anand et al., 1987).

Fort heureusement pour les bébés, les choses ont changé après la publication dans le journal *The New England Journal of Medicine*, en 1987, d'une étude majeure co-signée par les Docteurs Kanwaljeet J. S. Anand, D. Phil et Paul R. Hickey, du Département d'Anesthésiologie de la *Harvard Medical School* et du *Children's Hospital* de Boston. L'article intitulé *Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus* révèle, non seulement, qu'y compris chez le fœtus humain (en fin de gestation), le système nerveux est assez développé pour véhiculer les messages de la douleur, mais qu'en plus, les réponses émotionnelles et comportementales intégrées à la douleur chez le nouveau-né seraient conservées en mémoire suffisamment longtemps pour modifier les modèles de comportement ultérieurs.

Malheureusement, encore aujourd'hui, des professionnels peuvent ne pas considérer certaines douleurs chez le bébé ou les banaliser, sous prétexte que les pleurs d'un bébé sont tout à fait ordinaires dans la vie de ce dernier. S'il est vrai qu'un bébé exprime toutes sortes d'émotions et de besoins à travers ses pleurs, un bébé qui pleure sans possibilité d'être apaisé doit impérativement alerter.

Comme l'a démontré l'étude d'Anand et al. (1987), laisser un bébé face à sa douleur sans lui porter de considération ou d'assistance pourrait avoir des conséquences délétères sur le long terme, sur le plan physiologique et sur le plan psychique.

1.3.1.2.2. *Effets délétères du stress sur le cerveau du bébé, un éclairage proposé par Gueguen*

Laisser pleurer un bébé génère du stress chez ce dernier. La pédiatre française Catherine Gueguen (2014) nous dévoile une revue de la littérature scientifique éclairante à ce sujet.

Le cortisol (surnommé « hormone du stress ») agit lentement et peut rester présent dans le cerveau pendant un temps conséquent. Lorsque le cortisol atteint des niveaux très élevés ou si secrété de manière prolongée, les effets sur certaines structures cérébrales en développement peuvent être très toxiques (Curley, 2011 ; Kundakovic, 2013) – rappelons aussi que le cerveau du bébé est immature et donc toujours en construction (cf. II,2.4.1.1.2.).

Par ailleurs, le stress, par l'intermédiaire d'une libération de cortisol, non seulement diminue le développement de nouveaux neurones (appelé « neurogenèse ») (Korosi, 2012), peut provoquer la destruction de neurones dans des structures du cerveau telles que le cortex préfrontal, l'hippocampe, le corps calleux et le cervelet (Frodl, 2010 ; McEwen, 2007 ; McEwen & Akil, 2011), peut affecter le développement des circuits neuronaux en altérant la myéline (qui entoure et protège les fibres nerveuses et accélère la transmission de l'influx nerveux) (Choi, 2012), mais aussi interfère de manière négative avec l'expression du BDNF (*Brain Derived Neurotrophic Factor*), facteur de croissance neuronale agissant sur le développement des neurones et la plasticité cérébrale (McEwen, 2008).

Psychiquement parlant aussi, les effets d'une non-considération des pleurs d'un bébé ne sont pas sans conséquence : le bébé va peut-être manifester sa douleur à l'autre dans un premier temps par l'intermédiaire de pleurs... mais va cesser de le faire s'il intègre que personne ne viendra lui porter secours, ce que les auteurs nomment phénomène de « résignation apprise/acquise » (*learned helplessness*) (Seligman & Maier, 1967 ; Overmier & Seligman, 1967 ; Hiroto, 1974 ; Hiroto & Seligman, 1975 ; Maier & Seligman, 1976) que d'autres reformulent comme un sous-type de la dépression (*a subtype of depression*) : la « théorie du désespoir » (*the hopelessness theory*) (Abramson et al., 1989).

1.3.1.2.3. *Illustration d'une méconnaissance de douleur chez le bébé : le Reflux Gastro-Œsophagien*

L'exemple du Reflux Gastro-Œsophagien (RGO) apparaît ici particulièrement important à aborder. Si les douleurs y étant liées sont classées chez l'adulte comme les premières dans l'ordre de l'inconfort qu'elles génèrent, il n'est pas rare que des parents rapportent la non-écoute et/ou la banalisation de ce type de souffrance chez leurs bébés par les professionnels qu'ils rencontrent. Bien souvent, ce manque de considération est directement lié au manque de connaissance et de formation pour le repérer : un RGO peut être externalisé, mais il peut également ne pas l'être (reflux interne) et la douleur demeure dans un cas comme dans l'autre²².

Nous le verrons ultérieurement, chez les bébés en situation de retrait relationnel, il est très fréquent qu'un RGO soit présent, et il est d'autant plus impératif de se préoccuper et de traiter le RGO, sans quoi ces bébés, dotés de facteurs d'hypersensibilité, vont s'agripper et se refermer sur cette douleur digestive particulièrement désorganisant, mettant toute tentative thérapeutique dans le sens d'une « réanimation psychique » en échec.

Nous l'avons vu, la considération du bébé a évolué au cours des dernières décennies. En considérant le bébé comme une personne, cela offre la possibilité de poser sur lui un regard différent et d'être attentif pour relever ce que nous appellerons des « potentiels ».

1.3.2. **Le bébé et ses potentiels**

Aujourd'hui, plusieurs termes semblent renvoyer aux mêmes éléments concernant les acquisitions d'un bébé. Là où Alvarez et Golse (2008/2013) parlent de « compétences précoces », Brazelton (1992/1994) emploie le terme de « points forts » (*touchpoints*) et Parlato-Oliveira (2019), celui de « savoirs » (*saberes*).

Si l'appellation varie, nombreux sont désormais les auteurs qui s'accordent sur l'idée que le bébé arrive au monde avec ce que nous aimerions nommer un « bagage subjectif », c'est-à-dire bien entendu, variable d'un bébé à un autre. L'environnement que le bébé va

²² J'aimerais ici faire honneur et remercier quelques collègues avec qui nous avons commencé à nous réunir pour réfléchir ensemble, grâce à l'Association Lacanienne Internationale (ALI), au sujet des douleurs chez le bébé et particulièrement les douleurs digestives comme le RGO : Docteur Claire Favrot-Meunier, psychiatre et psychanalyste ; Docteur Jacques-Patrice Lamy, médecin généraliste en cabinet et en crèches ; Annik Beaulieu, docteur en psychologie, psychanalyste et ostéopathe ; Edith Thoueille, puéricultrice et formatrice à l'échelle de Brazelton.

rencontrer viendra, à son tour, modeler ce bagage subjectif. Il semble bien que le vieux débat opposant la nature à l'éducation, ou la génétique à l'environnement ne tienne plus (Shonkoff, 2016)²³.

1.3.2.1. Les compétences précoces du bébé chez Alvarez et Golse

En préambule de cette sous-partie, il apparaît intéressant de faire un point sur les compétences du bébé dans plusieurs domaines dits « généraux », comme l'ont suggéré Alvarez et Golse (2008/2013).

Nous l'avons dit, ces compétences varient d'un bébé à un autre, en fonction d'un grand nombre de facteurs (variabilité interindividuelle). La variabilité existe également pour un même bébé qui peut se présenter sous un jour différent en fonction du contexte (variabilité individuelle) (Alvarez & Golse, 2008/2013).

1.3.2.1.1. Les termes de « compétence » et de « capacité »

Les auteurs parlent souvent de manière équivalente de capacités ou de compétences à l'égard du bébé. Comme cela ne renvoie pas exactement à la même chose, il apparaît intéressant de faire le point.

Concernant le terme de « compétence », le dictionnaire Larousse donne plusieurs significations, dont voici celles qui pourraient nous intéresser :

1. Aptitude d'une autorité à effectuer certains actes.
2. Aptitude d'une juridiction à instruire et à juger une affaire.
3. Capacité reconnue en telle ou telle matière *en raison de connaissances* [emphase ajoutée] possédées et qui donne le *droit d'en juger* [emphase ajoutée] : Avoir des compétences en physique.
4. Familier. Personne qualifiée : Les plus hautes compétences médicales ont examiné le cas.
5. Aptitude d'un fluide (eau ou vent) à déplacer des éléments d'une taille donnée.
6. Caractère d'une roche compétente.²⁴

²³ Le Professeur Jack P. Shonkoff est un pédiatre américain, professeur en santé et développement de l'enfant et professeur de Pédiatrie à *Harvard University*, aux États-Unis. Son témoignage a été recueilli, parmi d'autres chercheurs scientifiques internationaux, dans le documentaire de Renner (2016) déjà mentionné.

²⁴ Compétence (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17648>

Le terme d'« aptitude » émerge dans trois propositions de définition. La troisième proposition mentionne le terme de « capacité », comme si l'un pouvait se substituer à l'autre, mais aussi celui de « connaissances » au pluriel. Il apparaît également le terme de « caractère » dans la sixième proposition.

Si l'on s'intéresse aux synonymes, le dictionnaire Larousse indique « aptitude ; qualification ; savoir ; science »²⁵. L'idée d'« aptitude » est à nouveau présente et celle de « savoir » émerge.

Si l'on s'en réfère à un autre dictionnaire, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit la « compétence » comme :

1. Aptitude d'une autorité publique à effectuer certains actes. Compétence du maire, du préfet (L'Organ. hospitalière en France, 1957, p. 34).
2. Pouvoir d'une juridiction de connaître d'un procès. Compétence d'attribution ; compétence territoriale ; décliner la compétence.
3. Capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie. Compétence professionnelle.²⁶

Cette deuxième définition est intéressante car le terme d'« aptitude » apparaît à nouveau dans la première proposition. Celui de « capacité » apparaît aussi dans la troisième proposition, mais y figure aussi le terme de « connaissance », cette fois-ci au singulier.

Concernant les synonymes, le CNRTL propose « habileté ; pouvoir ; capacité ; aptitude ; science ; savoir »²⁷. Le terme d'« aptitude » est encore là, ainsi que celui de « savoir ».

Concernant le terme « capacité », le dictionnaire Larousse donne aussi plusieurs significations :

1. Quantité que peut contenir un récipient, un local : La capacité d'une bouilloire.
2. Aptitude de quelqu'un dans tel ou tel domaine : Sa capacité à comprendre.
3. Puissance qu'a quelqu'un, un groupe dans un certain domaine : Il a une grande capacité de travail.
4. Électricité : Quantité d'électricité qu'un accumulateur peut restituer à la décharge.
5. Hydrologie : Synonyme de charge limite.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Compétence (s. d.). Dans *CNRTL*. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/compétence>

²⁷ Compétence (s. d.). Dans *CNRTL*. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/synonymie/compétence>

6. Technique : Enceinte délimitant un volume déterminé et dans laquelle se déroule un processus.

7. Aptitude de quelqu'un dans tel ou tel domaine.²⁸

On voit cette fois que les propositions de définition sont plus nombreuses, mais aussi plus spécifiques à des domaines. La « quantité » est mentionnée deux fois, et celle d'« aptitude » est aussi mentionnée. En revanche, le terme de compétence n'apparaît pas.

Concernant les synonymes, le dictionnaire Larousse propose : « aptitude ; compétence ; savoir ; talent ; valeur »²⁹. Cette fois le terme de « compétence » est mentionné, ainsi que ceux d'« aptitude » et de « savoir » que nous avons déjà évoqué précédemment.

Si l'on s'en réfère au dictionnaire CNRTL, il définit la « capacité », entre autres, comme :

1. Aptitude à contenir ; quantité, volume de matière ou d'énergie, qui peut être contenu ou stocké dans un contenant. La capacité d'un muid ; un tonneau d'une grande capacité ;
2. Aptitude à contenir, à recevoir.³⁰

Les deux propositions de définition mentionnent l'« aptitude ». On trouve à nouveau l'idée de la contenance sous différents termes (« contenir », « contenant », « contenu »).

Concernant les synonymes, le CNRTL suggère « talent ; faculté ; disposition ; don ; aptitude »³¹. L'« aptitude » ressort à nouveau, le « talent » également.

À partir de ces éléments, il apparaît clair que la différence entre les deux termes est confuse et sujette à interprétation. Il conviendrait donc d'essayer de trouver d'autres termes.

Concernant Alvarez et Golse (2008/2013), ils se réfèrent au terme de « compétence » pour désigner les compétences sensorielles et sociales, et au terme de « capacité » pour désigner les capacités motrices et cognitives. Puisque ce qui a trait à la sensorialité et à la motricité est présent, pour une partie, dès la naissance, on pourrait s'attendre à un même terme, mais il n'en est rien. De même, on pourrait s'attendre à ce que ce qui a trait au cognitif et au social soit rapproché, mais cette hypothèse ne fonctionne pas non plus. Difficile donc de comprendre pourquoi un terme a été choisi plutôt qu'un autre.

²⁸ Capacité (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/capacité/12861>

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Capacité (s. d.). Dans *CNRTL*. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/capacité>

³¹ Capacité (s. d.). Dans *CNRTL*. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/synonymie/capacité>

Nous concernant dans ce travail de thèse, c'est le terme de « potentiels » au pluriel que nous retiendrons, mais nous y reviendrons à la fin de la partie consacrée à ceux-ci.

1.3.2.1.2. Les « compétences sensorielles »

Il est intéressant de constater que l'ensemble des « compétences » sensorielles se développent in-utero dans l'ordre suivant (Vaivre-Douret, 2003 ; Alvarez & Golse, 2008/2013) :

- Le *tact* (premiers récepteurs au niveau de l'épiderme présents dès la 7^{ème} semaine de gestation).
- La *sensibilité vestibulaire* (mise en place entre la 7^{ème} et la 9^{ème} semaine de gestation).
- Le *goût* (à la 12^{ème} semaine de gestation, l'ensemble de ce système est fonctionnel).
- *L'odorat* (autour de la 14^{ème} semaine de gestation).
- *L'audition* (pleinement fonctionnelle autour de la 24^{ème} semaine de gestation).
- *La vision* (fonctionnelle dès le 7^{ème} mois de grossesse).

Pour autant, ces « compétences » vont continuer de mûrir et de s'affiner en post-natal, et la vision évoluera d'autant plus que le milieu est considérablement différent pour le bébé lorsqu'il est dans le ventre de sa mère et lorsqu'il n'y est plus (Alvarez & Golse, 2008/2013).

De nombreuses études sur le développement de la vision chez les bébés (Banks, 1980 ; Atkinson, 1984 ; Aslin, 1987 ; Kellman & Banks, 1998) ont permis de faire s'effondrer le mythe que les bébés naîtraient aveugles.

Cependant, il est vrai que les bébés sont très « myopes » à la naissance, capables de voir nettement les objets à une trentaine de centimètres d'eux, mais pas ceux plus loin (ou plus près) qui se révèlent flous – leur myopie est donc différente de celle pouvant exister chez les adultes (Gopnik et al., 1999/2005). N'est-ce pas incroyable que trente centimètres soit à peu près la distance qui sépare le visage du bébé du visage de celui qui le tient dans ses bras ? « On dirait que les bébés sont conçus pour voir les gens qui les aiment avec plus de netteté que tout le reste » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 48).

Gopnik et al. (1999/2005) proposent que le monde du nouveau-né ressemble à une pièce de musée abritant des portraits de Rembrandt : « Des visages bien éclairés, où le mouvement, la vie, les expressions et les émotions sont représentés dans toutes leurs nuances,

surgissent de l'obscurité, dans un saisissant clair-obscur psychologique » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 48).

Par ailleurs, les bébés sont rapidement capables de faire des liens entre les informations qui leur proviennent de leurs différents sens, en témoigne une expérience menée par Meltzoff et Borton (1979) au cours de laquelle les bébés reçoivent une sucette soit bosselée, soit lisse. Sans avoir la possibilité de les toucher, les bébés regardent par la suite plus longuement la tétine de la même forme que celle qu'ils venaient de sucer.

Le même constat peut être établi entre l'audition et la vision, avec des bébés de 5 mois capables de reconnaître quelle image va avec quel son (Kuhl & Metlzoff, 1982).

1.3.2.1.3. Les « capacités motrices »

Trevarthen parle in-utero d'activités « intentionnelles » du fœtus, suggérant que celui-ci est capable de produire des activités motrices coordonnées et rythmées. Trevarthen (2019) évoque à ce sujet un « moi moteur » (*eu-motor*).

Les « capacités » motrices sont constituées d'un ensemble de réflexes (*grasping*, frouissement, cris, sourire, succion, réflexe de Moro, etc.) dont le bébé dispose naturellement à la naissance. Pour Alvarez et Golse (2008/2013), elles constituent le « socle » des interactions entre un bébé et ses parents.

Les « capacités » motrices sont bien entendues immatures et contraintes par l'hypotonie et l'immaturité neurologique du bébé à sa naissance. Toutefois, on constate qu'il est possible de favoriser leur développement grâce au phénomène de « motricité-facilité » pendant le premier mois de vie du bébé, en proposant une contenance au corps du bébé par l'intermédiaire de celui de l'adulte afin de soulager son hypotonie et les effets de la pesanteur, le rendant ainsi capable de performances remarquables (Alvarez & Golse, 2008/2013).

Les travaux d'André Bullinger, psychologue suisse fondateur de l'Approche Sensori-Motrice, trouvent ici toute leur place puisque Bullinger indique que la présence d'un arrière-fond (nommé « arrière-plan » dans la conception de la psychanalyste Geneviève Haag,

1988/2018) permet au bébé une économie considérable quant à sa lutte contre le flux gravitaire (Bullinger, 2006).

1.3.2.1.4. Les « compétences sociales »

Les « compétences » sociales d'un bébé sont intrinsèquement liées à ses « compétences » motrices. Elles sont caractérisées par une tendance à l'échopraxie (tendance à imiter) concernant les mouvements du visage, les membres supérieurs et les sons, et ce dès les premières heures de vie du bébé. Ce qui est particulièrement remarquable ici réside en la possibilité pour le bébé de respecter la synchronie et la rythmicité de ces mouvements. Alvarez et Golse (2008/2013) parlent d'un « véritable soubassement de la communication infraverbale » (p. 25).

1.3.2.1.5. Les « capacités cognitives »

La totalité des « capacités » cognitives du bébé ne sont probablement pas connues car sa possibilité de les démontrer est limitée par sa « compétence » sociale et ses « capacités » motrices.

Il n'est par exemple possible de constater que le bébé prend du plaisir dans la répétition d'évènements jouant sur sa motricité que grâce à ses expressions de visage, il s'agit là d'une véritable mémoire motrice. On ne peut par ailleurs que constater la précision de cette mémoire en introduisant des changements minimes venant perturber l'échange de façon systématique (Alvarez & Golse, 2008/2013).

D'autres idées reçues ont également eu besoin d'être déconstruites. Gopnik et al. (1999/2005) indiquent que les « experts » ont longtemps avancé que les bébés naîtraient « avec des capacités mentales à peine plus sophistiquées que celles des limaces » (p. 45), avec cela l'idée que les bébés qui souriaient le faisaient dans le vide, « aux anges » dit-on en français... or, le recours à des paradigmes mettant en évidence le phénomène d'« habitude » en psychologie du développement (présentation de stimuli visuel ou auditif) couplé à l'étude de films ont permis de démontrer de très nombreuses choses, nous allons en développer quelques-unes.

Non seulement, les bébés savent faire la différence entre les voix et les visages humains et le reste, mais en plus ils les préfèrent, et ce dès la naissance (Gopnik et al., 1999/2005). Dans le champ psychanalytique, Bidaud évoque les échanges mère-bébé sous les termes d'« évènement jubilatoire des visages », en raison de ces possibilités du bébé à « diriger son regard vers le visage maternel, de le distinguer et de s'y accrocher » (Bidaud, 2014, p. 17).

Après quelques jours de vie seulement, les bébés reconnaissent mais aussi préfèrent les visages familiers (Field et al., 1984 ; Bushnell et al., 1989 ; Walton et al., 1992 ; Pascalis et al., 1995), les voix familières (De Casper & Fifer, 1980 ; Mehler et al., 1988 ; Moon et al., 1993), et même les odeurs familières (Macfarlane, 1975/2009 ; Porter et al., 1991 ; Moon & Fifer, 2000).

Gopnik et al. (1999/2005) suggèrent ainsi que non seulement les nouveau-nés distinguent et préfèrent les visages, mais en plus, ils reconnaissent les autres qui sont « comme lui », ce qui nous informe d'une connaissance innée de ce que c'est que d'« être humain » (Brazelton et al., 1974 ; Bruner, 1975 ; Trevarthen, 1979 ; Stern, 1985/2003) puisqu'il n'y a pas de miroir dans le ventre maternel. « Nous savons que nous sommes comme les autres, et que les autres sont comme nous » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 50). La nature nous aiderait donc de manière ingénieuse à résoudre le problème « d'autrui » proposent les chercheurs (Meltzoff & Gopnik, 1993 ; Gopnik & Meltzoff, 1994 ; Meltzoff & Moore, 1995).

Avant 9 mois, les bébés sont aussi capables de différencier certaines émotions, comme la joie, la tristesse et la colère, et parviennent même à associer les émotions qu'ils perçoivent dans la voix aux expressions du visage (Nelson, 1987 ; Walker-Andrews, 1997).

Concernant les relations de causalité, les bébés savent dès 3 mois que leurs propres actions peuvent influencer des évènements extérieurs (Lipsitt, 1969 ; Lipsitt & Werner, 1981 ; H. Papoušek, 1969 ; H. Papoušek & M. Papoušek, 1984 ; Watson, 1972 ; Rovee-Collier & Lipsitt, 1982 ; Bower, 1989). En faisant par exemple l'expérience d'accrocher un ruban au pied d'un bébé pour qu'il soit autonome pour faire bouger un mobile au-dessus de sa tête, le bébé comprend rapidement le mécanisme à l'œuvre, de manière directe (Rovee-Collier & Gegoski, 1979 ; Rovee-Collier et al., 1980 ; Rovee-Collier, 1990) mais il ne parvient pas à comprendre que cela peut impliquer le passage par un processus physique intermédiaire, l'amenant parfois à continuer à donner un coup de pied alors que le ruban noué

à son pied n'est plus attaché au mobile – ce que le psychologue du développement suisse, Jean Piaget (1937/1967) nomme « causalité magico-phénoméniste » qui renvoie à une pensée magique et « irrationnelle ».

Il faut ajouter à cela le fait que le bébé peut au début confondre « causalité physique » et « causalité psychologique » lorsqu'il essaye d'influencer le monde extérieur. Ainsi, il n'est pas rare de voir dans ce contexte des bébés sourient et gazouiller au mobile, comme s'ils avaient perçu les effets que cela peut avoir sur leur entourage. Gopnik et al. (1999/2005) font l'hypothèse que cette confusion entre causalités physique et psychologique puisse expliquer ce que l'on attribue en général à la pensée magique ou irrationnelle chez le bébé... mais les choses évoluent très vite, et à un an, le bébé semble déjà avoir perçu cette différence.

Tout cela nous montre bien à quel point « le bébé vit dans un univers profondément différent du nôtre » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 100).

Enfin, une étude brésilienne retient tout particulièrement notre attention (Pereira Machado et al., 2013). Les chercheurs démontrent qu'à 4 mois, les bébés sont déjà capables de reconnaître leur prénom lorsqu'on les nomme ; mais Parlato-Oliveira (2019) souligne que, si la méthodologie n'a pas permis d'investiguer avant cet âge que cela, cela ne veut pas dire que les bébés n'en sont pas « capables » plus tôt.

À ce sujet, Parlato-Oliveira (2019) mentionne un intérêt actuel et une investigation en cours pour savoir si, lors des premiers jours de vie, les bébés français et brésiliens sont déjà en mesure de reconnaître leur prénom, en étant attentif à deux variables, à savoir si le bébé a été nommé pendant la grossesse, et la différence culturelle entre la France et le Brésil, car si au Brésil il est coutume de nommer et de s'adresser au bébé dès sa vie in-utero, en France, cela n'est pas encore d'actualité pour tous.

Au sujet du développement cognitif, il convient de dire également que, parallèlement à des connaissances innées, une « capacité » d'apprentissage va advenir chez chaque bébé et pourra d'autant plus évoluer que les partenaires alimenteront cette capacité : « [Les bébés] naissent avec beaucoup de connaissances, ils apprennent beaucoup d'autres choses, et nous sommes programmés pour les aider à apprendre » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 113).

Le découpage proposé par Alvarez et Golse (2008/2013) dans leur chapitre relatif aux « compétences » précoces du bébé a le mérite de nous aider à organiser notre pensée. Il convient d'indiquer que les « capacités » et les « compétences » motrices, sociales et cognitives que nous avons développées ne sont pas révélatrices du grand nombre que le bébé est en mesure de présenter, d'autant que les recherches dans ce champ d'investigation sont nombreuses et les publications quotidiennes. L'idée était davantage d'apporter des réflexions sur celles-ci plutôt que de se livrer à des listes infinies, de la même manière qu'Alvarez et Golse l'ont suggéré.

Il est indispensable par ailleurs de stipuler, et les auteurs le mentionnent bien, que ces domaines sont connectés les uns aux autres, s'influencent éventuellement réciproquement, tout ceci afin de ne pas perdre de vue que le bébé est un individu à percevoir dans son ensemble. C'est la vision de Brazelton dont nous allons maintenant présenter l'apport concernant les potentialités des bébés.

1.3.2.2. Activer le potentiel existant chez un bébé, la vision de Brazelton

Nous avons déjà mentionné les travaux du pédiatre américain, Brazelton, à qui l'on doit une grande avancée dans la manière de percevoir le bébé. En effet, Brazelton considère non seulement la variabilité existante entre un bébé et un autre, ce dès les premières heures de vie, mais aussi il dote chaque bébé, y compris les plus « vulnérables », d'un potentiel qui ne demande qu'à être développé, à condition peut-être que quelqu'un y croit et l'encourage dans ce sens.

1.3.2.2.1. Voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide

Au début des années 1970, Brazelton constate que les paroles des professionnels auprès du bébé et de ses parents peuvent avoir de lourdes conséquences. De plus, dans les pays développés, il prend conscience de la grande place que la médecine scientifique a pris auprès des bébés, délaissant parfois les parents au second rang, les amenant à ne plus s'autoriser à écouter leurs intuitions ni à faire confiance à leur bébé.

Dans l'optique d'accompagner les pédiatres de maternité à changer leur regard sur le bébé et ceux qui l'entourent, Brazelton élabore son outil d'observation clinique du nouveau-né (Candilis-Huisman, 2011). Aussi, à l'égard de la pédiatrie ou de la psychiatrie infantile, il

indique qu'il y préférerait le terme de « l'opportunité d'intervention auprès d'un enfant » pour insister davantage sur la notion de « chance à saisir » (Brazelton, 2001).

Riche d'une formation psychanalytique et de connaissances sur les interactions précoces – thématique assez nouvelle à l'époque – Brazelton s'éloigne de ce qui se fait traditionnellement dans le monde de la recherche (Candilis-Huisman, 2011). Partant du constat que le comportement d'un individu peut changer en fonction des attentes que l'on a de lui, plutôt que de se centrer exclusivement sur ce qui ne va pas pour établir un diagnostic éventuel, Brazelton propose d'essayer « de voir le meilleur des choses, [en suscitant] l'activation de tout le potentiel existant chez un bébé » (Brazelton, 2001b, p. 89).

Brazelton (2001b) va plus loin dans son propos en l'illustrant avec l'exemple du stress qui conduirait un adulte à venir consulter un thérapeute. Le souci n'est pas tant de ressentir du stress, mais plutôt de ne pas parvenir à le gérer, et lorsque le thérapeute aide le patient à y faire face, la réalité de ce dernier devient plus acceptable.

Brazelton transpose cette considération au bébé et propose de l'aider, lui et ceux que nous avons nommé ses partenaires, à vivre avec ses éventuelles particularités, car avec la mise en évidence d'une grande variabilité interindividuelle dont nous avons déjà parlé, Brazelton comprend que « les bébés ont probablement leur part dans les dysfonctionnements interactifs précoces » (Candilis-Huisman, 2011, p. 15). Il œuvre alors pour mieux comprendre le bébé et mieux faire connaître ses spécificités à ses parents – que nous élargissons aux partenaires – dans le but de procurer un environnement le plus favorable possible au développement du bébé.

Pour Brazelton, même si les bébés arrivent au monde dans des conditions différentes, même un bébé très fragile, plus « vulnérable » est doté de potentiels « sur lesquelles il convient de s'appuyer pour lui donner confiance et donner confiance aux parents afin qu'il puisse se développer au mieux de ses possibilités » (Candilis-Huisman, 2011, p. 15).

1.3.2.2.2. Percevoir les « forces » du bébé

Notre travail consiste donc à donner aux parents un modèle de relation parents-enfant grâce à notre connaissance du système hypersensible de ces enfants affectés de troubles qui peuvent générer des handicaps. Au bout du compte, ces enfants arriveront à montrer

ce que j'appelle un comportement « humanoïde ». À partir de là les parents nourriront de nouvelles attentes pour eux-mêmes et nous passerons d'une situation dite pathologique à une situation d'attente positive. Tel est pour moi le travail d'un pédiatre ou d'un pédopsychiatre : offrir à leurs parents ce modèle d'accès aux bébés très difficiles. (Brazelton, 2001, p. 39)

Brazelton considère trois sources d'énergie comme concourant au développement chez un sujet : le développement physique, le développement psychologique et le développement de la relation avec les parents.

Pour bien comprendre, il semble que Brazelton (1997, 2001) emploie les termes « forces » (*strengths*) et « sources d'énergie » (*sources of energy*) pour désigner la même chose.

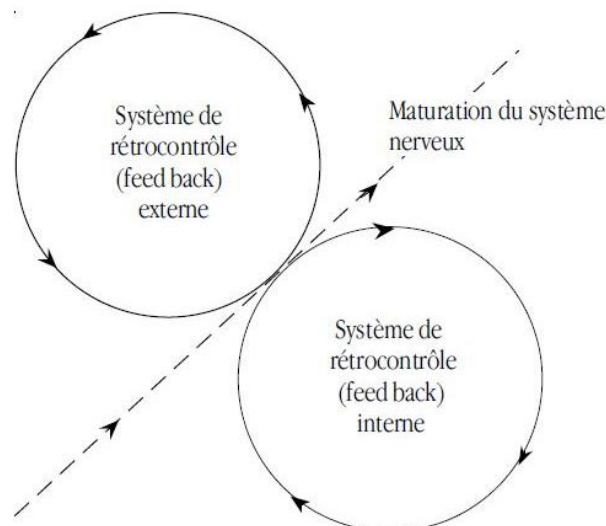


Figure 1. Les trois sources d'énergie pour le développement
(Schéma extrait de l'article de Brazelton, 2001, p. 40)

Brazelton explique ainsi s'appuyer sur ces trois forces et « utilise[r] aussi le bébé en tant que langage pour communiquer avec les parents » (Brazelton, 2001, p. 40). Ces trois forces permettraient aux parents de comprendre leur bébé et de le voir différemment.

La première force, relative au développement physique donc, renvoie à ce que Brazelton nomme la « maturation du système nerveux ». C'est selon Brazelton (2001) la plus puissante et « la plus génétique » dit-il, mais aussi la plus coûteuse. Lorsque le bébé commence à se lever par exemple, apprendre cette nouvelle tâche lui demande une énergie considérable. Le bébé peut réclamer une grande considération, qu'on le soutienne physiquement, et peut pleurer si l'on s'éloigne de lui. Brazelton formule que c'est comme si

toute la famille « payait » pour aider le bébé en l'aidant à se relever la journée, et en le veillant la nuit.

Les deuxième et troisièmes sources d'énergie vont se rencontrer, elles sont à considérer comme « complémentaires et interacti[ves] » (Brazelton, 1997, p. 19). Si l'on reprend l'exemple précédent, lorsque le bébé va parvenir à se mettre debout, le *feedback interne* se traduit par un sentiment interne du bébé qui peut se dire « Ça y est, c'est super, je me relève ! ». Dans un article précédent à celui mentionné plus haut, en 1997, Brazelton définissait le *feedback interne* comme le système le plus puissant, avec l'idée derrière qu'à chaque action réalisée par le bébé, le système de *feedback interne* dit au bébé « Tu y es arrivé tout seul ! ». « [Cela] sous-tend les mouvements d'autonomie [et] l'estime de soi [et] devient une puissante source d'énergie » (Brazelton, 1997, p. 18). Cela renvoie aussi à l'image que le bébé peut avoir de lui-même. Brazelton déclare que voir le bébé déployer son énergie en offrant ses réponses est la chose la plus intéressante à observer.

En lien avec cela va pouvoir advenir, ou non, un retour au bébé émis par l'environnement, le *feedback externe*, lorsque les partenaires vont par exemple s'adresser à lui en disant « Mais c'est formidable, tu es sur tes pieds ! ». Avec cette illustration, on saisit bien l'explication de Brazelton lorsqu'il dit qu'il s'agit d'« une boucle entre l'interne et l'externe » (Brazelton, 2001, p. 41).

Il s'agit ici d'une considération des « compétences » et des « capacités » dans leur ensemble, le découpage comme l'avaient proposé Alvarez et Golse (2008/2013) n'est pas compatible avec ce modèle introduit par Brazelton, néanmoins très intéressant.

Lorsque le bébé n'est pas en mesure de parvenir à quelque chose attendu à son âge (en lien avec une lésion cérébrale par exemple), le *feedback externe* ne peut pas advenir. Ainsi, si l'on accompagne le bébé (par exemple à mettre sa petite main dans sa bouche), le(s) partenaire(s) va(vont) pouvoir s'émerveiller de ce bébé.

Candilis-Huisman (2011) fait le lien avec le propos de Winnicott suggérant « qu'un bébé seul, ça n'existe pas » et mentionne que ce n'est pas seulement en lien avec sa « dépendance absolue » :

(...) à tous les niveaux de son organisation personnelle, le bébé est programmé pour trouver ses appuis à l'extérieur afin de découvrir et de pouvoir se servir de ce qu'il possède à l'intérieur. On pourrait encore formuler les choses autrement : parce qu'il trouve à l'extérieur (ou non) ce qui confirme ses ressentis, le bébé peut alors s'appuyer

sur ses ressources internes pour ne pas être débordé par ce qui existe autour de lui. (Candilis-Huisman, 2011b, p. 75)

Brazelton introduit par ailleurs le concept de « régulation », et y associe ceux de « seuil d'intégration » et « seuil de tolérance ». Le bébé – mais également tout un chacun – est doté d'un seuil de tolérance singulier : si une stimulation est appropriée, le bébé peut « s'organiser et s'orienter vers elle et interagir », tandis que quand le seuil de tolérance est atteint, les capacités de régulation du bébé sont débordées et il peut mettre en place « des comportements de défense, d'évitement, de retrait, voire se [désorganise] » (Fabre-Grenet, 2018, p. 213). Proposer aux partenaires du bébé d'administrer une échelle NBAS à ce dernier, c'est aussi leur offrir la possibilité de mieux connaître le bébé en prenant conscience de ces éléments, tout en les accompagnant et les guidant dans les comportements à adapter à l'égard du bébé.

Candilis-Huisman indique que ce qui renvoie au « seuil de tolérance » a pu être appelé « compétences » de l'enfant et que « le terme ne souligne pas suffisamment ses qualités dynamiques et adaptatives » car cela renvoie à des stratégies dont dispose le bébé « pour s'ouvrir ou se protéger du monde qui l'entoure » (Candilis-Huisman, 2011, p. 26).

1.3.2.2.3. *La NBAS, un outil de lecture des « points forts » et des « vulnérabilités » du bébé*

À la suite de nombreuses années d'observation et de recherche auprès des nourrissons, Brazelton établit aux côtés de son équipe la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS) qu'ils publient en 1973. Avant cela, seul le score Apgar permettait d'évaluer l'état d'un nouveau-né³².

Dix ans plus tard, en 1983, Serge Stoleru, psychiatre français et chercheur à l'INSERM, propose la traduction française d'une première version de l'échelle d'évaluation du comportement néonatal sous le nom d'« échelle de Brazelton ». Sa diffusion commence en France deux ans après avec des formations proposées par Stoleru lui-même. Depuis, la transmission de cet enseignement se poursuit au sein de formations spécifiques qui se

³² Le score Apgar, proposé par Virginie Apgar en 1953, renseigne sur l'état des fonctions circulatoire et respiratoire et sur l'état neurologique du nouveau-né. La cotation a lieu à 1 et 5 minutes de vie, parfois refaite à 10 minutes et impliquant une prise en charge adaptée si les premiers scores sont inférieurs à 7/10. En France, le NBAS n'est pas encore utilisé systématiquement comme peut l'être l'Apgar.

multiplient aux États-Unis mais aussi en Europe³³. L'outil et ses applications n'en finissent pas de s'enrichir.

1.3.2.2.3.1. Un cadre réfléchi pour une observation et une passation de l'échelle optimum

Puisque la NBAS n'est pas une passation comme les autres, et que l'idée est réellement d'obtenir les meilleures « performances possibles » du bébé, le cadre dans lequel est administrée l'échelle doit être soigné.

La pièce doit être calme, chaude et avec une lumière tamisée. Il faut (...) tenir compte des capacités de réception sensorielle à cette période de la vie qui favorisent le mieux l'attention du bébé et n'exigent pas de processus protecteur de sa part. (Candilis-Huisman et al., 2006, p. 320)

Le bébé doit être considéré « mature » – au-delà de 37 Semaine d'Aménorrhée (SA) – pour pouvoir recevoir cette passation. En deçà, nous sommes dans la configuration d'une prématurité et il existe une échelle spécifique (*Assessment of Preterm Infant Behavior*, Als et al., 1982).

Si l'échelle est administrable dès la naissance, « la période optimale se situe toutefois entre le 3^{ème} et le 10^{ème} jour de vie postnatale » (Candilis-Huisman et al., 2006, p. 320).

Pour les bébés « à risques », Brazelton indique procéder en plusieurs évaluations (en général trois) au cours du premier mois afin d'enregistrer une « courbe d'évolution ». À partir du moment où il y a une évolution, même si des pathologies, troubles, lésions – appelons les comme on le souhaite – peuvent advenir ou déjà exister, l'évolution signifie pour Brazelton « qu'il y a une occasion à saisir et qu'une intervention précoce peut laisser une chance à ces bébés de récupérer leurs facultés » (Brazelton, 2001b, p. 89).

Brazelton introduit aussi l'importance de « l'état d'éveil » du bébé, dans la lignée des travaux de Prechtl (1974). Heinz Friedrich Rudolf Prechtl, zoologiste autrichien et professeur d'université, définit 5 états de vigilance chez le bébé (sommeil calme, sommeil agité, éveil calme, éveil agité, pleurs). Brazelton propose d'en introduire un inédit : un état indéterminé au cours duquel émerge de la somnolence.

³³ En France par exemple, les formations sont menées par Marie Fabre-Grenet, Mylène Hubin-Gayte, Édith Thoueille, Martine Vermillard et Drina Candilis-Huisman.

En effet, à la suite de travaux menés auprès de Gerald Stechler, docteur en psychologie et professeur de psychiatrie à *Boston University*, Brazelton et Stechler démontrent par l'intermédiaire de tracés d'électroencéphalogramme (EEG) que « la stimulation par lumière vive induit invariablement chez le nouveau-né un état de somnolence (...) [il devient ainsi] évident que le bébé peut se protéger contre des stimulations auditives ou visuelles par un état de somnolence habituel » (Brazelton, 2011, pp. 31-32).

Cela permet par ailleurs à Brazelton de prendre position sur le fait qu'un bébé doit être dans « un état approprié de conscience » pour pouvoir répondre de manière optimum à l'examen qu'on souhaite lui administrer (Brazelton, 2011, p. 32) et l'état de conscience est la première chose à évaluer afin d'administrer l'échelle. Si le bébé pleure ou s'endort, la passation doit s'arrêter. De même, il ne doit être ni trop affamé ni trop repu, ce qui situe le moment idéal aux environs d'une heure et demie après le dernier moment de nourrissage.

Une fois les conditions évoquées réunies, l'examen à proprement parlé peut commencer, avec une observation du bébé endormi dans son berceau. Il est réveillé progressivement par l'observateur qui doit explorer les différents états d'éveil que le bébé traverse.

L'observation du sommeil participe pleinement à l'évaluation des compétences d'un bébé. La qualité du sommeil spontané, les efforts déployés par le bébé pour se protéger lorsqu'on interfère sur son rythme de sommeil, sont des informations précieuses pour sa mère qui en tiendra compte désormais dès le retour à la maison. (Candilis-Huisman et al., 2006, p. 321)

La *NBAS* a connu plusieurs révisions. Dans sa dernière version (Brazelton & Nugent, 1995/2001), les compétences sont regroupées à l'intérieur de 6 *clusters* (« regroupements ») : habitude ; orientation ; système moteur ; régulation des états ; organisation des états ; système autonome. On perçoit là à quel point l'échelle de Brazelton propose une lecture bien plus subtile qu'une simple évaluation de « compétences » ou de « capacités » du bébé.

L'examen dure une vingtaine de minutes, mais peut être raccourci au besoin, ou à l'inverse durer plus longtemps si le bébé se prête au jeu ou si ses réponses sont plus lentes, mais qu'il le tolère (Candilis-Huisman et al., 2006).

1.3.2.2.3.2. La « meilleure performance » possible

Nous l'avons dit, l'idée est de considérer la « meilleure performance » qui puisse être pour chaque bébé « [qui] va révéler, à des degrés divers, un ensemble de compétences qui constituent le socle de ses différentes individuelles » (Candilis-Huisman et al., 2006, p. 321). Cela est possible dans la considération de Brazelton car il considère tout nouveau-né comme compétent, y compris ceux qui présentent davantage de vulnérabilités (Brazelton, 1973/1983), ce qui est une considération tout à fait novatrice pour l'époque. Si l'on fait par exemple le parallèle avec son confrère britannique, Winnicott ne considérerait pas ainsi la vulnérabilité que pouvait présenter certains bébés, s'attachant davantage à observer et à étudier la relation mère-bébé dans son expression et son développement plutôt « ordinaire ».

Avec cet examen au cours duquel il suggère de laisser du temps au bébé pour qu'il puisse véritablement montrer de sa personne, en ayant la possibilité de « déployer l'éventail de ses possibilités » (Candilis-Huisman, 2011, p. 20), Brazelton souhaite aussi mettre l'accent sur deux éléments.

Tout d'abord, pour mettre à l'honneur ces possibilités chez le bébé, cela exige une connaissance fine du nouveau-né par celui qui administre l'échelle qui doit être un « observateur entraîné » (Stoleru, 1997). Également, il doit être capable de s'adapter au bébé, ce que Brazelton a appelé la « flexibilité de l'examineur », en se laissant davantage guider par lui, plutôt que d'appliquer à tout prix les items de l'échelle. L'état d'éveil comme nous l'avons mentionné est fondamental à considérer, et les cris, les pleurs ou la somnolence inattendue d'un bébé sont à lire comme « [des] stratégies [du] bébé [pour montrer indirectement] qu'il ne souhaite pas se soumettre à ce qui est attendu de lui » (Candilis-Huisman et al., 2006, p. 321), il est impératif de l'entendre et de le respecter.

Par ailleurs, en s'appuyant sur les bébés eux-mêmes, Brazelton souhaite pouvoir rendre quelque chose aux parents du côté d'un « savoir confisqué » par la médecine (Candilis-Huisman, 2011). C'est aussi pour cela que l'examen a lieu bien évidemment en présence des partenaires du bébé, et au-delà de cela, celui qui administre l'échelle doit à la fois partager ses observations, mais aussi se mettre à la hauteur des partenaires du bébé pour écouter, respecter et valoriser le savoir qu'ils ont déjà à son égard.

Ainsi, Drina Candilis-Huisman, docteur en psychologie et psychanalyste française, formatrice à l'échelle de Brazelton, suggère que l'objectif de l'examen soit de « restaurer

chez les parents une confiance dans les capacités de leur enfant et dans les leurs, dans un monde où chacun est saturé d'informations, des plus savantes au plus farfelues sans toujours disposer de moyens pour faire la différence » (Candilis-Huisman, 2011, pp. 17-18).

Il s'agit donc, non pas de « sacraliser » le bébé nous dit-elle, mais plutôt de le découvrir tel qu'il est, c'est-à-dire un individu unique, avec des caractéristiques qui lui sont propres, mais aussi parfois, des limites. En cas de « limites », de particularités impliquant une attention particulière à avoir, en prendre conscience permettra aux partenaires du bébé, non seulement d'être mieux entourés pour accompagner l'enfant, mais aussi de faire baisser l'éventuel sentiment de culpabilité car « cela peut venir du bébé et non pas forcément d'une mauvaise compréhension de leur part » (Mazet et al., 1989, p. 31). Cela implique donc aussi que l'examineur tienne un rôle interactif, à la fois avec les parents et avec le bébé.

1.3.2.2.3.3. Tenir compte de l'impact culturel

Brazelton (2001b) met également l'accent sur l'impact culturel et nous explique que les comportements et les mouvements peuvent tout à fait varier d'un bébé à l'autre en raison de sa culture de référence. S'il est possible d'y lire des explications d'ordre génétique, Brazelton souligne toutefois qu'une partie « interrelationnelle » est en cause.

Il livre l'exemple de mamans japonaises qui se déplacent très lentement et regardent de très nombreuses fois de chaque côté avant de traverser, là où d'autres mères vont aller très vite sans regarder. Ainsi, les bébés japonais qu'il observe seraient en mesure de rester concentrés près d'une demi-heure, là où des bébés américains mexicains n'arrivent qu'à fournir trois minutes. Naturellement, ces observations ne sont pas systématiques et la singularité reste importante à considérer.

1.3.2.2.3.4. Considération des "touchpoints"

En se basant sur le modèle établi à partir des trois sources d'énergie (cf. I,1.3.2.2.2.) et après introduction du concept de « tempérament » dans la littérature, enrichie d'une quarantaine d'années de pratique auprès des bébés et de leurs parents avec la création de son échelle, Brazelton introduit le modèle des "Touchpoints", et publie un ouvrage dédié à ce sujet en 1992 aux États-Unis – traduit en français sous le titre de « Points Forts » (1994).

Prenons un instant pour réfléchir sur le terme original et la traduction française. Dans un article de 1997, Brazelton lui-même indique que *touchpoints* peut littéralement se traduire par « points de contact » mais la traduction officielle en est « points forts ». Il n'est cependant pas rare dans les articles en français de voir employé le terme anglais. Peut-être l'idée de « points sensibles », dans l'idée de *touchy*, qui en anglais signifie « sensible », « délicat », ne transparaît-elle pas suffisamment dans la traduction de « points forts » qui met simplement l'accent sur l'aspect « étape clé pour le développement ».

Brazelton (1997) envisage que les « moments de changements bio-comportementaux » (Emde et al., 1976) chez l'enfant s'accompagnent de manière tout à fait « normale » d'une courte période de régression, « qui peut aussi entraîner une désorganisation temporaire dans d'autres domaines » (Lalova, 2011, p. 158), à laquelle fait suite un bond dans le développement. Ainsi, aux « moments très riches » succèdent des « passages à vide », c'est-à-dire deux ou trois jours de vulnérabilité, puis d'autres « moments très riches », et ainsi de suite (Brazelton, 2001).

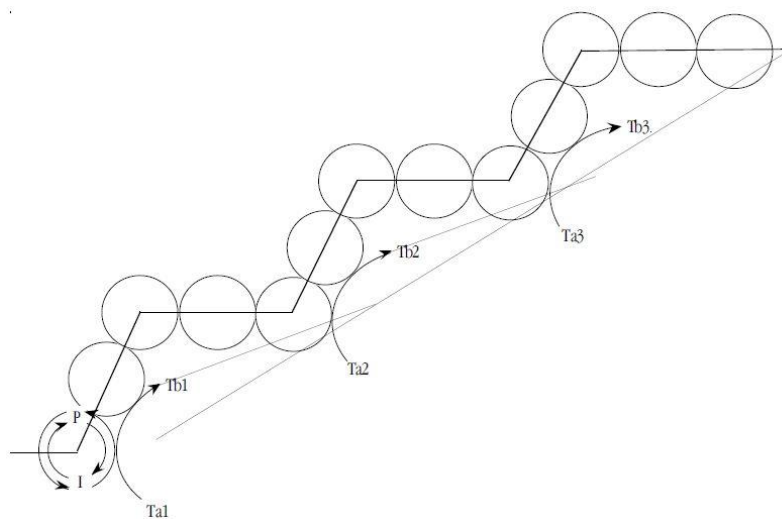


Figure 2. Touchpoints
Entrer dans le système pour intervenir à un moment de vulnérabilité
 (Schéma extrait de l'article de Brazelton, 2001, p. 42)

Brazelton les appelle des “*touchpoints*” car si le bébé régresse, ses partenaires (qu’il mentionne sous le terme de « parents ») également selon lui. Toujours dans une considération optimiste, Brazelton choisit de voir en cette vulnérabilité une opportunité d’entrer dans le

système d'interaction entre le bébé et ses partenaires. « Le fait d'être vulnérable offre également une chance de succès » précise-t-il (Brazelton, 2001, p. 42).

Concernant les *touchpoints* à proprement parlé, ils renvoient à des acquis aussi bien cognitifs et comportementaux qu'émotionnels (Lalova, 2011). Brazelton en définit six au cours de la première année (la liste s'est étoffée depuis le début de la théorisation des *touchpoints*) : à 3 semaines ou un peu avant et à 6-8 semaines, à 4, 7 et 9 mois, puis à 1 an. À titre d'exemple, le *touchpoint* à 3 semaines renvoie au fait que le bébé peut présenter un comportement agité en fin d'après-midi ou en début de soirée (cris, pleurs), parfois associé à des douleurs (coliques, etc.) qui ne sont pas à minimiser.

Par la suite, deux *touchpoints* sont considérés pendant la deuxième année (à 15 et 18 mois) et un durant la troisième et quatrième année.

Informé les partenaires du bébé va ainsi les aider à mieux appréhender ces phases, certains ayant peut-être davantage besoin que d'autres d'être accompagnés et soutenus – ici doit être une fois encore mis en évidence la variabilité interindividuelle qui existe chez les bébés, mais également chez les partenaires. Sans cela, la régression chez le bébé peut susciter chez ses partenaires un sentiment d'échec.

C'est donc en connaissant bien nous-même le développement du bébé en tant que professionnel que l'on peut partager cette connaissance avec eux. Brazelton l'indiquait brillamment : « Les parents comprennent votre rôle d'expert et se sentent eux-mêmes experts avec leur bébé » (Brazelton, 2001, p. 43). Cet accompagnement appuyé sur l'échange autour des *touchpoints* est possible au sein de consultations pédiatriques (transposable aussi au sein des thérapies auprès du bébé comme c'est le cas nous concernant), mais le soutien peut commencer dès l'administration de l'échelle *NBAS* à la maternité.

Thomas Berry Brazelton est décédé pendant ce travail de thèse, au cours de l'année 2018. Il a consacré sa vie aux nouveau-nés et à l'accompagnement de ses partenaires, il n'est donc pas possible de faire honneur à l'entièreté de ses travaux. Par exemple, nous n'avons pas approfondi la description de l'échelle de Brazelton, aussi parce qu'une formation spécifique existe et est nécessaire pour prétendre connaître l'outil brazeltonien.

De plus, cette partie est dédiée à ce que nous avons choisi d'appeler les « potentiels » du bébé, en écho avec les considérations qui furent les siennes, nous avons donc essayé de relater ici uniquement les aspects de sa théorie pouvant apporter matière à ce sujet.

Changeons de référentiel et évoquons à présent les « savoirs » chers à Parlato-Oliveira.

1.3.2.3. Les « savoirs » du bébé chez Parlato-Oliveira

Erika Parlato-Oliveira, psychanalyste brésilienne, docteur en sciences cognitives et psycholinguistiques et professeur à l'*UFMG* au Brésil et directrice de thèses à l'Université de Paris, souligne ce qu'elle nomme les « savoirs » du bébé (*saberes do bebê*) (Parlato-Oliveira, 2019).

1.3.2.3.1. Le terme de « savoir(s) »

Parlato-Oliveira (2019) introduit ce terme, au pluriel, avec le désir de rendre davantage hommage à ce à quoi le bébé a accès, s'éloignant ainsi de la notion de « compétence » qui renverrait selon elle aux cognitions. Nous savons bien que le bébé dispose de tout un bagage, bien au-delà de cet unique champ.

Gopnik et al. (1999/2005) ont eux aussi fait référence à la notion de « savoir », indiquant à juste titre la quasi-contradiction pour l'opinion public d'attribuer un savoir à un enfant (encore plus à un bébé) puisque, pendant longtemps, les enfants étaient considérés comme des adultes déficients auxquels les parents devaient tout apprendre. Les chercheurs font le lien avec la célèbre métaphore de la *tabula rasa* du philosophe anglais, John Locke, selon laquelle l'esprit de l'homme est vierge à la naissance. À l'opposé de ces considérations, dès le début du XIX^{ème} siècle, des poètes et des philosophes romantiques dotent les enfants (ainsi que les femmes) d'une certaine forme de connaissance, du fait justement de leur ignorance, ou en tout cas de leur perception en dehors des conceptions adultes.

Si l'on s'en réfère à la langue française, le terme « savoir » peut renvoyer à un verbe ou à un nom masculin. C'est dans le deuxième sens qu'il nous intéresse ici. Le CNRTL propose la définition suivante : « Ensemble des connaissances d'une personne ou d'une collectivité acquises par l'étude, par l'observation, par l'apprentissage et/ou par l'expérience »³⁴.

³⁴ Savoir (s. d.). Dans CNRTL. Consulté le 27 décembre 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/savoir>

« L'observation », « l'apprentissage » et « l'expérience » renvoient bien aux démarches d'un philosophe ou d'un scientifique, comme Gopnik (1999/2005, 2009/2010) le suggère (cf. I,1.3.1.1.4.). En revanche, « l'ensemble des connaissances » semble désigner un contenu plus restreint. Aussi, la définition exclut toutes les considérations innées ou relatives à la sphère motrice.

Pendant des décennies, les compétences du bébé pendant sa première année de vie ont été sous estimées dans les travaux scientifiques, et si aujourd'hui nous en savons beaucoup sur les bébés, Parlato-Oliveira (2019) fait le pari que ce que nous ne savons pas encore sur les savoirs dont ils disposent est encore plus important.

À juste titre, elle nous met aussi en garde : les capacités présentes chez le bébé ne sont pas nouvelles, elles ont toujours été là, seul le regard que nous, chercheurs, posons sur eux, a évolué. Il semblerait que les chercheurs scientifiques en aient effectivement plus appris sur ce que « savent » les bébés durant les cinquante dernières années que pendant les deux mille cinq cents ans qui ont précédé (Gopnik et al., 1999/2005).

1.3.2.3.2. *Quand perdre signifie gagner...*³⁵

De nombreux chercheurs se sont positionnés à l'égard du développement physique comme du développement psychique en indiquant une similitude de croissance : le bébé naîtrait sans capacités et les acquerrait progressivement au cours de sa vie (dans l'idée de la *tabula rasa* mentionnée précédemment).

Parlato-Oliveira (2019) inverse la courbe du développement psychique : elle avance l'idée novatrice que le bébé soit doté d'un grand nombre de possibilités à la naissance, dont certaines ne vont pas se constituer, en fonction de son environnement et des expériences qu'il y fait. La « spécialisation » dans certains registres va advenir, et cela se fera forcément au détriment d'autres possibilités qui ne seront pas élues.

Cette considération peut clairement être mise en lien avec le processus d'élagage synaptique selon lequel les faisceaux neuronaux s'affinent et les structures neuronales non investies disparaissent au cours de la vie, afin d'optimiser l'utilisation du réseau synaptique,

³⁵ Le titre est extrait de Gopnik et al. (1999/2005), p. 232

et gagner en efficacité cérébrale (cf. II,2.4.1.1.2.). Cette idée pourrait être reformulée ainsi : on ne peut pas être expert dans tous les domaines.

Les biologistes français, Pierre Kupiec et Jean-Jacques Sonigo (2000) évoquent la « liberté biologique », fondée sur la liberté moléculaire qui ouvre le champ des possibles. Le bébé naît avec des capacités prévues par sa constitution, il se voit doté de particularités physiques, ce qui en fait un être unique. Le patrimoine biologique, historique, familial et social, aussi important soit-il, ne vient pas à nous comme une « prescription fermée », mais avec des lacunes (Parlato-Oliveira, 2019). Ces « trous » permettent au bébé de faire quelque chose de cet héritage et loin des prévisions, il peut devenir acteur de quelque chose.

Ces considérations peuvent être mises en lien avec les travaux dans le champ de l'épigénétique, puisque nous savons désormais que l'environnement influence le sujet jusque dans ses gènes, c'est-à-dire que même ce qui est transmis aux générations futures est réversible et effaçable (Giacobino, 2018) (cf. II,2.4.1.1.3.).

1.3.2.3.3. Le bébé doté d'un savoir interprétatif

Le bébé est doté d'un esprit destiné à lui permettre de décoder le monde dans lequel nous vivons. (De Boysson-Bardies, 1996/2005, p. 241)

Chaque bébé – au même titre que chaque individu – a une perception qui lui est propre. Parlato-Oliveira (2019) fournit l'exemple d'une balle lancée au bébé. Certains bébés vont porter un intérêt sur la balle elle-même : de quelle forme est-elle ? de quelle couleur ? d'autres vont focaliser leur attention sur l'autre qui a lancé la balle, sur la voix qui s'est adressée à lui, etc. Il y a finalement potentiellement autant de manière de percevoir cette balle, cet échange, que de personnes y étant confrontées.

Le bébé va ainsi tisser ses impressions sur le monde (Parlato-Oliveira, 2019) à partir d'un système complexe de perceptions lui permettant d'interpréter des informations pour créer ses savoirs. Le temps et l'espace vont aussi influencer cette construction.

Parlato-Oliveira (2019) souligne comme la « capacité » d'interpréter du bébé est fondamentale pour qu'il puisse faire face aux objets qui lui sont présentés. Parfois, il peut aussi arriver que le bébé nous permette d'entrevoir de nouvelles facettes et utilisations d'un

objet, que nous n'étions plus en mesure de considérer, du fait de l'utilisation stéréotypée que nous en avons fait. Si l'on prend un peu de recul, un objet peut être considéré de différentes manières, il peut avoir plusieurs sens et différentes fonctions. Par exemple, c'est nous qui décidons qu'un stylo sert à écrire, mais le bébé est bien libre d'en faire l'interprétation (et donc l'usage) qu'il en veut : cela peut être mis à la bouche, peut rouler sur la table, peut tomber, peut servir à attraper quelque chose d'autre, etc.

En cherchant à construire des connaissances sur le monde qui l'entoure, le bébé se positionne comme le « sujet du savoir » (*sujeito do saber*) (Parlato-Oliveira, 2019, p. 34). Il va être en mesure de percevoir, non seulement les objets physiques qui l'entourent en permanence, mais aussi de discerner la présence d'informations ayant une durée limitée dans leur temps d'apparition (par exemple, le discours de l'autre qui lui est adressé, une mimique sur le visage, etc.).

Ainsi, Parlato-Oliveira (2019) soutient que le bébé est doté d'un savoir interprétatif (*saber interpretativo*) et peut interpréter ce qui se présente à lui dans son monde interne et externe. Dès sa naissance, il synthétise des sensations en faisant appel à ses sens : il regarde le monde et son corps avec le toucher, il utilise son palais, écoute les sons, etc. Cela lui permet de construire une perception des événements – parfois cela se fait simultanément. Le bébé attribue à ces perceptions des valeurs, des qualités, des sens, organisant ainsi les éléments dans des pré-catégories.

Lorsqu'il sera à nouveau confronté à quelque chose qu'il a déjà rencontré (et interprété), le bébé sera alors capable d'en faire une rapide reconnaissance, mais rien n'est figé, et ainsi, avec de nouvelles informations, une perception peut se transformer. Cela permet au bébé d'être déjà en mesure de distinguer ce qui a pour lui de la valeur ou non.

Les intérêts pour les objets ne sont pas universels. Chaque bébé va considérer l'objet en fonction d'un certain nombre de facteurs : L'a-t-il déjà rencontré ? Quel âge a-t-il ? Dans quel contexte l'objet est-il présenté ? etc. Tout cela va participer à la manière dont le bébé perçoit l'objet, ce qui nous montre bien que chacun s'approprie les objets et l'autre de la relation de manière singulière.

Parlato-Oliveira, psychanalyste et docteur en sciences cognitives et psycholinguistiques comme nous l'avons dit, s'intéresse grandement au champ de la linguistique (Parlato-

Oliveira, 2017, 2019). L'idée n'est pas ici de développer la vaste question de comment la parole vient à l'enfant, mais il apparaît intéressant de proposer quelques éléments de repères et une partie mérite d'y être consacrée.

1.3.2.4. Le potentiel linguistique chez le bébé

Bebês são capazes de perceber, desde o nascimento, os elementos sonoros que são fundamentais para a composição de cada língua, e esta percepção é primordial para que ele seja capaz de se apropriar da língua que irá falar, pois poderá distingui-la de outros elementos sonoros, não significativos na língua que está construindo. (Parlato-Oliveira, 2019, p. 50)

Les bébés sont capables de percevoir, dès la naissance, les éléments sonores qui sont fondamentaux pour la composition de chaque langue, et cette perception est primordiale pour qu'il soit capable de s'approprier la langue qu'il parlera, car il saura la distinguer des autres éléments sonores, non significatifs de la langue qu'il est en train de construire.³⁶

Afin de pouvoir ultérieurement maîtriser une (ou plusieurs) des 7000 langues connues, le cerveau du nouveau-né est équipé d'un système spécialisé dans le traitement des informations sonores. Même si le bébé ne peut pas encore les produire, il peut percevoir et progressivement différencier environ 800 phonèmes³⁷ – cela s'appelle la « perception catégorielle ». Ces phonèmes, lorsqu'on les associe entre eux, permettent de former les mots de toutes les langues (Kuhl, 2016).

L'immersion dans une langue va modifier le cerveau – ce qui par la suite influencera la perception des sons puis leur prononciation (Gopnik et al., 1999/2005). Très tôt, le bébé est ainsi capable à la fois de faire la différence entre les sons de sa propre langue, mais aussi de toujours percevoir ceux des autres langues, même s'il ne les a jamais entendues, et même si la voix de celui qui parle varie (homme ou femme ; voix aiguë ou voix grave) (Kuhl, 1985).

Dans le même sens, une recherche a été menée par Franck Ramus, chercheur en sciences cognitives français, auprès de nouveau-nés français âgés de 2 à 5 jours. Exposés à des phrases japonaises et néerlandaises, ces derniers étaient capables de saisir la différence entre deux langues jamais entendues auparavant, en procédant à la différenciation *via* le rythme propre à chacune des langues (Ramus, 1999).

³⁶ Traduction proposée par l'auteur.

³⁷ Il existe une différence subtile entre un son et un phonème, relative à la discipline considérée. Si l'on s'en réfère à la phonétique, l'intérêt est porté sur les sons du langage dans leur réalisation concrète, on parle alors de sons. En revanche, si l'on s'en réfère à la phonologie, l'intérêt porte sur les sons du langage vis-à-vis de leur fonction, on parle alors de phonèmes.

1.3.2.4.1. *Quand statistiques et linguistique se rencontrent*

En écho à l'« ordinateur Bébé 00 » que nous avons mentionné, « apprendre à comprendre une langue revient à déchiffrer un code très compliqué » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 125). Pourtant, tout le monde peut y parvenir (Saint-Georges et al., 2013) et sans forcément trop d'efforts suggèrent les chercheurs américains. Les sons tels que nous les percevons doivent être transformés pour devenir du langage, puisque les sons nous parviennent en un flot continu, sans espace ni pause comme on peut le percevoir avec la langue écrite. Gopnik et al. (1999/2005) donnent l'image d'un collier de perles, et suggèrent que les sons du langage humain ne soient pas comme enfilés les uns à côté des autres. À nous donc de les diviser en unités distinctes.

Relatons un exemple proposé par Gopnik (2009/2010) : si l'on formule à un bébé « joli bébé », le bébé va en réalité entendre [jolibébé], il n'a aucune information à priori qui lui permette de percevoir que « joli » et « bébé » sont des mots, mais que « libé » n'en est pas un.

En revanche, au fur à mesure que le bébé entend les membres de son environnement s'adresser à lui, il va peut-être entendre les termes « joli » et « bébé » dans d'autres contextes, comme par exemple « jolis petits petons » et « joli sourire », ou encore « gentil bébé » et « bébé chéri à sa maman ». Bien que le son « libé » puisse être contenu dans d'autres mots (comme par exemple dans « liberté »), le bébé l'entend beaucoup moins puisque « libé » n'est pas un mot en tant qu'unité qui se suffirait à elle seule (Gopnik, 2009/2010, p. 102/103).

Ainsi, Gopnik (2009/2010) caractérise le bébé de « statisticien », puisque pour constituer son répertoire lexical, il va procéder à des probabilités pour comprendre que, par exemple, « jo » et « li » ou « bé » et « bé » vont bien ensemble pour former un mot, mais pas « li » et « bé ». C'est ainsi la fréquence des mots entendus qui va l'aider à appréhender la langue (Kuhl, 2016 ; Parlato-Oliveira, 2019).

1.3.2.4.2. *Un développement singulier du langage*

Il convient donc de rappeler que dans le développement du langage, chaque enfant évolue à son rythme (Bruner, 1983). Le langage, sa perception comme sa production, fait partie des « compétences » cognitives et doit être considéré relativement à l'évolution globale, non seulement de l'ensemble des « compétences » cognitives, mais aussi par rapport

au reste des acquisitions (« capacités » motrices et « compétences » sociales), comme nous l'avons mentionné en référence aux travaux d'Alvarez et Golse (2008/2013) (cf. I,1.3.2.1.).

Par ailleurs, le rôle de l'environnement dans le développement du langage est fortement souligné par Jerome Seymour Bruner, psychologue américain et professeur à *Harvard* et *New York University*. Bruner (1983) emploie le terme d'« interaction de tutelle » pour désigner les échanges verbaux et non verbaux entre une mère et son enfant – nous pourrions naturellement l'élargir à ceux que nous nommons partenaires. C'est dans ces interactions de tutelle que l'adulte peut essayer d'accompagner l'enfant à résoudre des problèmes qu'il ne sait pas (encore) résoudre seul. Ce comportement renvoie à l'« étayage », autre concept clé de Bruner (1983) (en référence à la « Zone Proximale de Développement », Vygotski, 1978).

Toujours selon Bruner et en lien avec cet étayage, l'adulte emploie un langage particulier pour s'adresser à l'enfant, ce que Bruner formalise sous le terme de *LASS* (*Language Acquisition Support System*), que l'on pourrait traduire par « système de support pour l'acquisition du langage ». Dès le plus jeune âge du bébé, son(ses) partenaire(s) va(vont) créer des scénarii où le bébé a un rôle actif. Les scénarii permettent d'assurer la continuité entre la période non verbale, préverbale et verbale. Par exemple, le partenaire s'adresse au bébé et l'accompagne par la parole au cours du change, du nourrissage, s'il doit le confier à quelqu'un, etc.

Le rythme et la prosodie de la voix de l'adulte, lorsqu'il s'adresse spontanément au bébé, varient également : il parle plus lentement, la voix est plus aiguë. C'est ce que l'on appelle du « *motherese* » (Fernald & Simon, 1984), « mamananais » en français (Mehler & Dupoux, 1990/2006). Nous le développerons en détails dans un prochain chapitre (cf. II,2.4.1.3.).

1.3.2.4.3. *Les systèmes de perception et de production*

Intéressons-nous à présent au développement du langage à proprement parlé, en distinguant ce qui est de la perception et de la production.

Comme cela a été dit précédemment, le système permettant de procéder au traitement des informations sonores chez le bébé est soumis à :

- La *perception catégorielle* qui est propre à chaque langue.
- L'*attention sélective* qui lui permet de différencier la parole du bruit.
- La perception des *éléments suprasegmentaux* qui permet au bébé de distinguer l'intonation montante et descendante de celui qui parle dès la 6^{ème}/7^{ème} semaine de vie.

Concernant le système de production, un découpage est proposé par les linguistes pour rendre compte des différentes étapes d'acquisition du langage. Naturellement, nous nous arrêterons aux 18 mois de l'enfant, puisque notre sujet d'étude présente sur les bébés.

Il convient de rappeler que ces étapes sont les mêmes dans toutes les cultures, et que pour accéder à l'étape suivante, un nouveau type de comportement est impliqué. Rappelons une fois encore que les âges sont donnés à titre indicatif, d'une part parce que les étapes se chevauchent la plupart du temps, et d'autre part en raison des différences interindividuelles.

Voici les comportements pré-linguistiques dans leur ordre d'apparition :

- Le *stade de « vocalisation »*, de la naissance à environ 1 mois : le bébé émet des sons de basse fréquence qui témoignent de son état émotionnel et c'est l'immaturation de la physiologie de son conduit vocal qui contraint leur fréquence. Il en est lui-même surpris les premiers temps.
- Le *stade des « syllabes archaïques »*, d'environ 1 à 4 mois : la diversité des sons produits par le bébé grandit au rythme du développement du conduit vocal. Ils viennent souvent de l'arrière de la gorge et sont nasalisés (« areuh », « agueuh »).
- Le *stade du « babillage rudimentaire »*, d'environ 4 à 8 mois : stade transitoire, le bébé produit volontairement de plus en plus de sons et y prend plaisir. Le spectre vocal évolue lui permettant d'apporter des modulations (graves, aiguës) à ses productions et de véritables voyelles apparaissent. Les assemblages des consonnes et des voyelles sont encore difficilement segmentables du fait d'une articulation lâche et de transition longue entre les syllabes.
- Le *stade du « babillage canonique »*, d'environ 8 à 10 mois : les syllabes de type consonne-voyelle sont désormais bien formées et segmentées (« mamamama »),

« papapapapa »). Le bébé est peu à peu capable de former des répétitions tout en changeant de phonème (« papapatatati »).

- Le stade du « un mot à la fois », d'environ 10 à 13 mois : le bébé commence à émettre des sons ne comprenant qu'un seul mot et à leur attribuer une valeur représentative. C'est l'apparition des premiers mots.
- Le stade du « babillage mixte », d'environ 10 à 18 mois : le bébé continue d'effectuer des babillages tout en agrandissant son champs lexical (jusqu'à 50 mots à 18 mois)³⁸.

1.3.2.4.4. Une période sensible entre 6 et 12 mois

Une étude menée par Kuhl (1985) démontre qu'à 7 mois, des bébés japonais et américains parviennent tous à différencier les sons [l] et [r] – ce que des adultes japonais ne sont plus capables de percevoir puisque cette distinction n'existe pas dans leur langue.

Trois mois plus tard, à l'âge de 10 mois, les bébés japonais ne font plus cette discrimination, tandis que les bébés américains l'identifient toujours, et avec plus de précision. Le cerveau des bébés a déjà commencé à se spécialiser. « En nous écoutant parler, les bébés classent activement les sons dans les bonnes catégories – celles propres à la langue de leur environnement. Vers un an, leurs catégories langagières commencent à ressembler à celles des adultes de même culture. » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 141).

D'autres études sont venues démontrer des résultats identiques (Werker & Tees, 1984 ; Werker, 1991 ; Kuhl et al., 1992 ; Kuhl, 1998, 2010, 2013, 2014), amenant les chercheurs à se positionner pour identifier une période « sensible » entre 6 et 12 mois. Au cours de cette période, le bébé se préparerait à acquérir les rudiments du langage. Cette période sensible pourrait s'allonger si le bébé est au contact d'une seconde langue, dans le cas de familles bilingues par exemple (Kuhl, 2016).

Pour expliquer ce qu'il se passe pendant ces six mois, Kuhl (1991, 1994, 1995) met en cause les « sons prototypiques », qui ont à voir avec les compétences de statisticien du bébé que nous avons présenté précédemment. Lorsque le bébé entend le son [r] par exemple, il

³⁸ INSERM. (2020). *Acquisition du langage oral*. Consulté le 23 décembre 2020 sur http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/110/Chapitre_1.html

construit et met en mémoire une représentation abstraite du [r] que Kuhl nomme « un [r] prototypique ». Lorsque le bébé souhaite identifier un nouveau son, il va, de manière inconsciente, comparer le nouveau son à tous les sons prototypiques qu'il a emmagasiné et choisir celui qui lui apparaît le plus proche. Cela le mène à déformer le nouveau son entendu pour le rendre plus similaire au son en mémoire (Gopnik et al., 1999/2005).

Kuhl identifie aussi des « prototypes langagiers » qui nous amèneraient à « filtrer » les sons de façon à nous masquer certaines distinctions propres aux autres langues, mais non utiles pour notre utilisation singulière. Ces prototypes langagiers commenceraient à s'élaborer selon la chercheuse entre 6 et 12 mois (Rips, 1975 ; Rosch, 1975 ; Mervis & Pani, 1980 ; Mervis & Rosch, 1981 ; Weber & Crocker, 1983 ; Nygaard & Pisoni, 1995 ; Kuhl & Iverson, 1995 ; Kuhl, 1998).

Le constat relaté par Parlato-Oliveira (2019) autour des possibilités psychiques à la naissance et de la « spécialisation » du bébé rejoignant le processus d'élagage synaptique peut être rementionné ici. Nous avons, en référence à une idée de Gopnik (1999/2005), repris l'expression « quand perdre signifie gagner », mais Gopnik, et al. proposent, à l'égard de cette avancée et de cette spécialisation dans le langage, une autre manière de percevoir les choses : « La question n'est pas que les bébés perdent une compétence dont ils disposaient plus jeunes : il se trouve surtout que la manière dont ils organisent les sons se restructure entièrement pendant les premiers mois de la vie » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 142).

Enfin, et c'est ainsi que nous concluons notre propos par rapport au potentiel linguistique du bébé, Parlato-Oliveira (2019) nous rappelle bien que « le langage n'est pas synonyme de parole » (*linguagem não é sinônimo de fala*) (p. 85), c'est-à-dire que le bébé, même s'il ne parle pas encore, est déjà doté de langage, ce qui lui permet d'être dans le jeu du langage avec l'autre.

Ainsi, pour écouter un bébé, il faut être attentif au langage du bébé qui est présent dans tout un tas de manifestations de sa part : dans ses gestes, dans son regard, dans l'intensité qu'il peut donner à la succion, dans son tonus, ainsi qu'au rythme qui compose ces productions, les rendant non seulement singulières (Parlato-Oliveira, 2019), mais pouvant parfois aussi « brouiller les échanges interactifs » (Alvarez & Golse, 2008/2013, p. 26) – Alvarez et Golse considèrent les rythmes comme de véritables canaux sensoriels.

Nous en avons terminé avec la présentation des « potentiels » du bébé. Dans toutes les définitions relatives, nous retrouvons deux circuits distincts qui collaborent et se synchronisent en permanence chez le bébé.

Si le bébé était perçu comme une machine complexe en ingénierie, on distinguerait le circuit d'« acquisition », renvoyant au sensoriel, au mémoriel, au cognitif inné ou acquis (« savoirs ») du circuit de « production », renvoyant lui plutôt à la partie motrice (effort musculaire, organique) ou à des réactions d'adaptation non contrôlables (frissons, réflexes, etc.). À noter que la partie motrice est aussi présente dans le circuit d'acquisition, lorsque l'autre impose un mouvement par exemple (les informations ingérées ici seraient les déplacements, la vitesse, l'accélération et les efforts mis en jeu).

Différents termes sont ainsi employés pour décrire les douances d'un bébé. La définition de « capacité » semble être la plus adaptée, car elle écarte la possibilité d'en juger le bébé étant une « machine à apprendre » ... mais bien souvent, les termes de « capacité » et de « compétence » sont considérés comme synonymes.

Afin de tout inclure en un seul, il apparaît intéressant d'utiliser le terme de « potentiels », dans la lignée des travaux de Brazelton que nous avons mentionnés. Cela vient souligner l'idée de quelque chose existe potentiellement en le bébé, et que ce dernier pourra, ou non, développer, en fonction de sa singularité, mais aussi en fonction de l'environnement qu'il rencontre. Winnicott (1960b/1969), dans une présentation relative à la *Théorie de la relation parent-nourrisson* évoque lui aussi le potentiel, mais seulement sous son caractère « inné », disant à ce sujet : « toujours sans oublier que le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant, s'il n'est couplé à des soins maternels » (Winnicott, 1960b/1969, p. 365). Nous nous éloignons donc de sa considération.

Aussi, l'image d'un « bagage subjectif » apparaît intéressante. À la manière dont on ferait sa valise, son bagage, lorsque l'on part en vacances, le bébé pourrait petit à petit, au fil de son voyage dans la vie, remplir son bagage avec les expériences qu'il est amené à faire et les personnes qu'il est amené à rencontrer dans son environnement plus ou moins proche.

Les registres dans lesquels des potentialités préexistent à la naissance offriront la possibilité de s'appuyer dessus à l'égard du bébé au sein de la thérapie que nous proposons. Par exemple, il va être possible de proposer au bébé une comptine avec des gestes, sollicitant

ainsi à la fois son audition, sa vision, sa sensibilité vestibulaire et potentiellement son toucher.

Si en revanche, certains sens apparaissent difficiles à investir pour le bébé, cette rencontre très tôt dans sa vie nous permettra de l'orienter vers un professionnel spécialisé, et la plasticité neuronale du bébé jouera en sa faveur.

Dans cette première partie relative au développement de ce que nous aimerions nommer le « potentiel relationnel » d'un bébé, nous avons donc successivement proposé de décrire les partenaires du bébé, terme choisi en référence aux travaux de Lebovici et al. (1989) et la façon dont ils peuvent soutenir le développement du bébé, mais aussi le bébé lui-même, et les « potentiels » dont il peut disposer en tant que personne à part entière, et également les liens, que nous avons décrits sous le terme d'« interactions », qui peuvent advenir entre ces protagonistes.

Pendant longtemps, le débat inné vs acquis invitait à trancher. Désormais, les recherches scientifiques démontrent bien qu'il faudrait en réalité non plus opposer inné et acquis, mais plutôt les penser comme concomitants. Notre propos s'est inscrit dans ce sens, suggérant que le bébé peut être doté de « potentiels », innés ou acquis, et que l'environnement qu'il rencontre peut le soutenir, ou pas, dans ses réalisations. Dans ce même sens, nous verrons au prochain chapitre à quel point le développement du cerveau humain est autant influencé par l'environnement que par la génétique (Shonkoff, 2016).

C'est également ce qu'explique l'américain James J. Heckman, Lauréat du Prix Nobel d'économie en 2000 et membre de l'Académie américaine des arts et des sciences, en proposant qu'à côté d'une influence du patrimoine génétique (inné), l'environnement aurait lui aussi un impact considérable (acquis). Heckman (2016)³⁹ donne l'image d'une rose qui essaierait de pousser dans le désert : certes une rose est programmée pour grandir, génétiquement parlant, mais si elle vit dans le désert et n'est jamais arrosée, elle ne grandira pas. Ainsi, il propose que l'eau soit l'éducation et la stimulation à l'égard des jeunes enfants. Cela est appelé l'épigénétique, nous y reviendrons dans le chapitre suivant (cf. II,2.4.1.1.3.).

³⁹ Son témoignage a été recueilli, parmi d'autres chercheurs scientifiques internationaux, dans le documentaire de Renner (2016) déjà mentionné.

2. LA MICRO-ANALYSE DE FILMS DE SEANCES DE THERAPIE « BEBE-PARENTS »

In the world of microanalysis, so much is below the surface, not visible to the naked eye, and not discerned with other research methods. (Beebe, 2017, p. 234)

Dans le monde de la microanalyse, il y a tellement de choses sous la surface, non visibles à l'œil nu, et non décelable avec d'autres méthodes de recherche⁴⁰.

Pour notre étude nous nous sommes intéressés spécifiquement aux contenus de films réalisés au cœur des thérapies « bébé-parents » d'orientation psychanalytique, dans le cas de bébés présentant du retrait relationnel.

Dans cette partie, nous allons présenter les instruments qui existent déjà pour étudier les interactions entre un bébé et ses partenaires. Si certains ont recours à l'analyse, nous proposons la micro-analyse comme méthode d'analyse pour pouvoir être attentif aux différents comportements de chaque acteur au sein des séances de thérapie, mais aussi aux interactions entre eux, aussi subtiles, aussi naissantes puissent-elles être. À ce sujet, nous présenterons les travaux pionniers du psychanalyste Daniel N. Stern, et ceux de Beatrice Beebe qui s'inscrivent dans la même lignée.

2.1. Instruments permettant l'observation d'interactions auprès de bébés

La majorité des échelles d'observation où le bébé est inclus ne prennent pas en considération l'aspect interactif avec l'autre. En effet, c'est souvent aux caractéristiques du bébé lui-même que les auteurs s'intéressent (*Neonatal Behavioral Assessment Scale - NBAS*, Brazelton, 1973/1983 ; *Alarme Détresse Bébé - ADBB*, (Guedeney & Fermanian, 2001).

De plus, les échelles se centrent souvent davantage sur un aspect particulier, en fonction de ce que les auteurs souhaitent étudier, mais également en fonction du courant théorique auquel ils se réfèrent. Aussi, les échelles peuvent ne concerner qu'une partie restreinte de la population (âge restreint, problématique spécifique, etc.).

Pour qu'une échelle puisse être considérée dans notre recherche, elle doit remplir les critères suivants :

⁴⁰ Traduction proposée par l'auteur.

- Considérer les potentiels du bébé et les critères spécifiques relatifs à la détection de « risques d'autismes » (cf. Signe PREAUT).
- Considérer l'interaction du bébé avec ses partenaires.
- Considérer le contexte de la thérapie (incluant donc aussi la présence du professionnel et ses actions).
- Considérer notre référentiel psychanalytique.

2.1.1. Présentation générale des grilles d'observation bébé-partenaires

Différentes grilles d'observation apparaissent intéressantes par un ou plusieurs aspects pouvant être convergents avec notre recherche mais leur accessibilité n'est pas toujours envisageable (nécessité d'une formation spécifique et onéreuse notamment).

Anne Wasterlain, Mélissa Alexandre et Justine Gaugue, spécialisés en Sciences Psychologiques, sont les auteurs français d'une recherche particulièrement intéressante publiée dans la revue *Devenir* en 2017. Leur recherche consiste en un recensement sous forme de revue de littérature des instruments permettant l'observation des « interactions précoces mère-bébé » en situation de jeu. Ils y proposent un tableau récapitulatif des différents instruments d'observation des interactions dyadiques en présentant leurs différentes caractéristiques. Le contexte spécifique du « jeu libre » qu'ils mentionnent fait écho au contenu de nos thérapies auprès des bébés : il est vrai que nous recherchons à ce que du plaisir puisse émerger, et le contexte du jeu peut s'y prêter. Il apparaît ainsi tout à fait pertinent de s'appuyer dans un premier temps sur ce riche travail.

Avant cela, il semble important de préciser que tous ces instruments peuvent revêtir un intérêt pour cette recherche dans le sens d'items ou de thématiques à observer à partir de supports filmés (qui plus est, mettant en scène une situation de jeu libre ou parfois de la vie quotidienne du bébé type change, nourrissage, etc.). Nous laisserons ainsi de côté les questions de cotations et de scores propres aux échelles puisqu'elles ne nous concernent pas.

Sur les 34 instruments d'observation des interactions dyadiques étudiés et présentés par Wasterlain et al. (2017), 6 seulement existent en langue française. Cet élément ne nous restreint pas dans notre possibilité de les considérer puisqu'il ne s'agira pas pour cette recherche d'en faire usage au sens strict.

Dans le tableau récapitulatif réalisé par les auteurs par ordre, des éléments retiennent notre attention dans 21 des 34 instruments décrits. Il semblerait finalement que des éléments fondamentaux de notre pratique clinique auprès du bébé en situation de retrait relationnel et de ce qui fait le cœur de notre travail thérapeutique aux côtés du bébé accompagné de ses partenaires existait déjà, comme de manière distillée, çà et là, dans les travaux de nos collègues.

Reprenons ce tableau, retenons seulement les instruments pour lesquels des mots-clés ou des caractéristiques nous intéressent et faisons-les apparaître en gras et en italique (les éléments surlignés sont nos remarques personnelles) :

Tableau 1. Extrait du tableau récapitulatif des instruments d'observation des interactions dyadiques (Wasterlain et al., 2017, pp. 59-64), annoté par l'auteur

Outils	Âges	Descriptions	Administration	Utilisation	Traduction/validation	Formation
Situation du jeu libre Stern (1974)	3-4 mois	Évaluation des interactions dyadiques au niveau macroscopique (phases d'engagement et de temps morts) et microscopique (comportements répétitifs de la mère)	Vidéo (laboratoire, séquence de jeu libre) et codage (<i>macro et micro-analyse</i>)	Recherche	Validation Pas de VF	non disponible
FFSFP – Face to Face/Still Face Paradigm Tronick et al. (1978)	2-6 mois	Évaluation de la synchronie des interactions dyadiques, des capacités de communication du bébé , de la sensibilité au changement, des capacités de régulation en situation standardisée	Vidéo (laboratoire, séquence de jeu, still face, +/- 2 minutes) et codage (<i>micro-analyse</i>)	Recherche	Validation Pas de VF	non disponible
IRS – Interaction Rating Scale Field et al. (1980 ; 2000)	3-6 mois	Échelle d'évaluation des interactions dyadiques (sensibilité maternelle). État de l'enfant/mère, activité physique, orientation de la tête, regards , expressions faciales, vocalisations , contingence, imitation	Vidéo ou observation (domicile ou laboratoire, séquence de jeu, repas , 3-5 minutes) et codage	Recherche Clinique	Validation Pas de VF	Oui
MIPIS – Mother-Infant Play Interaction Scale Walker & Thompson (1982)	1-1,5 mois	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques. 3 échelles (16 items) : mère, enfant et dyade Score global *la distinction des acteurs nous apparaît essentielle	Vidéo ou observation (domicile ou laboratoire, séquence de jeu libre , 5 minutes) et codage (5-10 minutes)	Recherche Clinique	Validation Pas de VF	Oui
AMIS – Assessment of Mother-Infant Sensitivity Price (1983)	0-3 mois	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques. 28 échelles (25 items) : • Mère (15) : distance, holding, affects, verbalisation (<i>ton *notion de mamanais</i> , contenu), visuel, régulation, ajustement, stimulation (manière, fréquence), réactivité, soins, repas, rôle • Enfant (7) : affects, état, vocalisations , détresse, visuel, posture, réactivité • Dyade (3) : synchronie , régulation (début et fin) • Résumé (3) : handling/holding , affects, soins/repas Score global	Vidéo ou observation (domicile ou laboratoire, séquence de jeu libre, repas , cache-cache, 15-30 minutes) et codage	Clinique	Validation Pas de VF	non disponible
Belsky Parent-Child Interaction Coding System Belsky, Rovine & Taylor (1984)	0-9 mois	Échelles d'évaluation quantitative des comportements pendant les interactions dyadiques. 4 échelles (15 items) • Mère (2) : non engagement, soins de base • Dyade (2) : réciprocité , détresse *la notion de réciprocité renvoie à ce que nous appelons des « boucles interactives »	Vidéo ou observation (domicile ou laboratoire, activités habituelles , 45 minutes) et codage	Recherche Clinique	Validation Pas de VF	Oui

PIIS – Parent-Infant Interaction Scale Clark & Seifer (1985)	0-18 mois *un peu plus étendu que les besoins de notre codage	Échelles d'évaluation de la <i>participation de l'enfant</i> , de la régulation et de l'adaptation maternelle. 10 échelles (10 items) • Mère (7) : reconnaissance, imitation, <i>regard</i> , affects, élaboration, forçage, préoccupation • Enfant (2) : référence sociale, <i>fuite du regard</i> • Dyade (1) : <i>réciprocité</i> 3 scores : style interactif, référence sociale, <i>contexte de l'interaction</i> *le contexte nous apparaît indispensable à considérer	Vidéo (<i>séquence de jeu libre</i> , 6-8 minutes) et codage	Clinique (<i>diagnostic</i>)	Validation Pas de VF	non disponible
P/CIS – Parent/ Caregiver Involvement Scale Farran et al. (1986)	0-5 ans *notre intérêt se situe la 1 ^{ère} année de vie du bébé	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques. • Mère : engagement physique, verbal, réactivité, jeu, apprentissage, contrôle, directivité, affects, cohérence, but • Impressions cliniques : disponibilité, acceptation, atmosphère, <i>plaisir</i> , apprentissage *la notion de plaisir est au cœur des hypothèses théorico-cliniques de M-C. Laznik	Vidéo ou observation (<i>séquence de jeu libre</i> , 20 minutes) et codage	Recherche Clinique	Validation Pas de VF	Oui
BSC – Behavior State Coding Cohn (1986)	3-9 mois	Échelles d'évaluation globale • Mère : colère, désengagement, évitement et jeu • Enfant : protestation, <i>détournement</i> , jeu, attente, objet	Vidéo (laboratoire, <i>séquence de jeu libre</i> , 3 minutes) et codage (<i>micro-analyse</i>)	Recherche	Validation Pas de VF	Non
PIOG – Parent-Infant Observation Guide Bernstein et al. (1987 ; 1991)	0-8 ans *notre intérêt est restreint à la 1 ^{ère} année de vie du bébé	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques 6 échelles (27-36 items, 4-12 mois) • Parent (3-4) : <i>ajustement</i> , réactivité, affects positifs, soutien dans l'apprentissage • Enfant (3-4) : <i>clarté des signaux</i> , engagement, utilise l'aide du parent, affects positifs *introduction de la notion de « parents » (et non plus seulement de mère)	Vidéo ou observation (domicile ou laboratoire, <i>séquence de repas, jeu, soins</i> , 10 minutes) et codage *dans les soins figurent les moments de change, propice à la possibilité pour le bébé d'initier la relation	Clinique	Validation Pas de VF	Oui
GLOS-R – Greenspan-Lieberman Observation Scale-Revised Greenspan & Lieberman (1989)	0-48 mois	Évaluation des <i>comportements de la mère et du bébé</i> et <i>analyse de la contingence</i> (situations à risques) (78 items)	Vidéo en laboratoire (<i>séquence de jeu libre</i> , 5-10 minutes) et codage (<i>micro-analyse</i>)	Recherche Clinique	Validation Pas de VF	Oui
MICS – Mother-Infant Communication Screening Rack (1989)	0-12 mois	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques (situations à risques) 5 échelles (24 items) : • Mère (4) : distraction, repas, État neutre, repos • Dyade (1) : <i>langage</i> et <i>synchronie</i>	Vidéo ou observation (domicile, hôpital ou laboratoire, <i>séquence de jeu, repas, soins</i> , 10 minutes) et codage	Clinique	Validation Pas de VF	Oui

		Score total				
Grilles de Bobigny Bur et al. (1989)	2-36 mois 4 grilles : -2/3mois -11/13mois -2 ans - 3 ans	Grille d'évaluation des interactions dyadiques Dimensions : <i>interactions corporelles, visuelles, vocales, sourires</i> , développement, grandes fonctions, risque psychosocial et interactions fantasmatiques	<i>Vidéo</i> ou observation <i>Conçu pour être utilisé en consultation pédiatrique</i> (20 minutes) *il s'agit de la seule grille se rapprochant de notre contexte de psychothérapie	<i>Recherche Clinique</i>	VF Pas de validation publiée	Non
NCAST – Nursing Child Assessment Satellite Scale Barnard et al. (1989); NCATS, Oxford & Findlay (2012)	0-36 mois *notre intérêt porte sur la 1 ^{ère} année de vie du bébé	Échelles d'évaluation de la <i>capacité d'engagement</i> et de <i>synchronie</i> en situation standardisée : – 73 items) 6 échelles (73 items) • Parent (4) : sensibilité, réponse au stress, attitudes favorables au développement socio-émotionnel et cognitif • Enfant (2) : clarté des signaux, <i>réactivité</i> Score de contingence et score global	Observation ou <i>vidéo</i> (domicile ou laboratoire, <i>séquence de jeu</i> , tâche adaptée, 5 minutes) et <i>codage</i>	<i>Recherche Clinique</i>	Validation Pas de VF	Oui
IPSIC – Infant-Parent Social Interaction Code Baird et al. (1992)	0-36 mois *notre intérêt s'arrête à la 1 ^{ère} année de vie du bébé	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques. 9 échelles (9 items) : • Mère (4) : <i>contingence</i> , directivité, intrusivité, facilitation • Enfant (4) : <i>initiation, participation</i> , clarté des signaux, communication intentionnelle *ces éléments peuvent renvoyer à la distinction entre initiation ou réponse (relance) de la part du bébé • Dyade (1) : continuité du thème	<i>Vidéo</i> (domicile ou laboratoire, <i>séquence de jeu libre</i> , 10 minutes) et <i>codage</i> (10-15 minutes)	<i>Clinique</i> (diagnostic)	Validation Pas de VF	Oui
GEDAN – Guide pour l'Évaluation du Dialogue Adulte-Nourrisson De Roten & Fivaz-Depeursing (1992) *la notion de dialogue est tout à fait intéressante	5/6 semaines - 6 mois	Grille d'évaluation des interactions dyadiques (mère, enfant, dyade) Dimensions : impressions cliniques, organisation globale, structure épisodique, synthèse (nature et direction des influences) 3 modes d'interactions : consensuel, conflictuel, paradoxal	<i>Vidéo</i> (<i>séquences de jeu, repas</i> ou <i>change</i> , 3-6 minutes) et <i>codage</i> *la situation spécifique du change attire notre attention (contexte favorable pour que le bébé initie un échange)	<i>Recherche Clinique</i>	VF Pas de validation publiée	Non
BMIS – Bethlem Mother-Infant Interaction Scale Kumar & Hipwell (1996)	0-12 mois	Échelles d'évaluation des interactions dyadiques. 8 échelles (7 items) • Mère (6) : <i>contact visuel, physique, vocal</i> , affects, routine générale, risques • Enfant (1) : <i>contribution à l'interaction</i> *on suppose ici que l'enfant relance, répond, mais n'initie pas Score du dialogue Score global	<i>Vidéo</i> ou observation (hôpital, <i>séquence de jeu libre</i> , routine et <i>repas</i>) et <i>codage</i>	<i>Clinique</i> (diagnostic)	Validation Pas de VF	Non

<p>CIB – Coding Interactive Behavior Feldman (1998)</p> <p>[Ajout de l’auteur] Voir aussi : Viaux-Savelon et al. (2014) ; Viodé (2019)</p>	<p>0-36 mois</p> <p>*notre intérêt porte spécifique-ment sur la 1^{ère} année du bébé</p>	<p>Échelles d’évaluation des interactions dyadiques.</p> <p>7 échelles (43 items)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère (3) : sensibilité, intrusivité, pose de limites • Enfant (2) : engagement, affect négatif • Dyade (2) : réciprocité, affects négatifs <p>*la notion de réciprocité renvoie à ce que nous appelons des « boucles interactives »</p>	<p>Vidéo (domicile ou laboratoire, <i>séquence de jeu libre, repas, soins, lecture</i>, 10 minutes) et codage</p>	<p>Recherche Clinique</p>	<p>Validation VF validée (0-2 mois)</p>	<p>Oui</p>
<p>CARE Index – Child-Adult Relationship Experimental Index Crittenden (2001)</p>	<p>0-15 mois</p>	<p>Échelles d’évaluation de la qualité des interactions dyadiques et de la sensibilité</p> <p>5 Échelles (15 items)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parent (3) : sensibilité, contrôle, non réactivité • Enfant (4) : coopération, difficulté, compulsivité, passivité • Dyade (1) : synchronie <p>*la notion de « coopération » indique ici aussi semble-t-il une participation de l’enfant mais il ne s’agit pas d’une initiation</p>	<p>Vidéo (domicile ou laboratoire, <i>séquence de jeu libre</i>, 3-5 minutes) et codage (10-15 minutes)</p>	<p>Recherche Clinique (diagnostic)</p>	<p>Validation Pas de VF</p>	<p>Oui</p>
<p>PIPE – Pediatric Infant Parent Exam Fiese et al. (2001)</p> <p>« Évaluer le degré de réciprocité de l’interaction mère-enfant » (p. 51)</p>	<p>3-12 mois</p> <p>*proche de notre intérêt de classe d’âge / PREAUT</p>	<p>Échelles d’évaluation des interactions dyadiques.</p> <p>3 échelles dyadiques (4 items) : engagement, communication, coopération, affects</p> <p>Score total</p> <p>3 types d’interactions : très adaptatif, adaptatif sporadique, problématique</p>	<p>Vidéo ou observation (domicile, hôpital ou laboratoire, <i>séquence de jeu</i>, 5 minutes) et codage (début, milieu, fin de séquence)</p>	<p>Clinique</p>	<p>Validation VF (Rochette et al. 2007)</p>	<p>(Oui)</p>
<p>PIRAT – Parent-Infant Relational Assessment Tool Broughton et al. (2009)</p>	<p>0-2 ans</p> <p>*notre intérêt porte spécifique-ment sur la 1^{ère} année de vie du bébé</p>	<p>Échelles d’évaluation des interactions dyadiques</p> <p>2 échelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parent : interactions physiques, émotionnelles, plaisir, jeu, hostilité, qualité du contact • Enfant : recherche du contact, réactivité, clarté des signaux, réconfort, qualité du contact <p>*cela dépend de ce que les auteurs entendent par « recherche du contact » mais cela peut faire écho à notre description de l’initiation de la relation</p>	<p>Vidéo (laboratoire, domicile, <i>consultation</i>, 10 minutes) et codage (15 minutes)</p>	<p>Clinique</p>	<p>Validation Pas de VF</p>	<p>Oui</p>

Cela étant dit, plusieurs échelles nous semblent intéressantes à étudier plus en détails, notamment celles mettant en exergue des éléments clés de notre travail, comme le plaisir, l'initiation ou encore la recherche du contact par exemple.

Également, nous présenterons une échelle qui n'a pas été mentionnée dans le recensement précédemment introduit et qui apparaît particulièrement intéressante pour notre recherche : l'*Infant Caregiver Behavior Scale (ICBS)* mise au point par l'équipe italienne du Professeur Filippo Muratori (2011).

2.1.2. Greenspan-Lieberman Observation Scale (GLOS), Greenspan & Lieberman (1980) : la notion de « contingence »

En 1980, Greenspan et Lieberman, dont nous avons déjà référencé les travaux (cf. I.1.1.3.1.4.), ont élaboré une échelle d'observation dans le cadre d'une unité de recherche et de prévention pour les familles à hauts risques.

La *Greenspan-Lieberman Observation Scale (GLOS)* est une échelle d'évaluation des interactions conçue pour décrire la contingence existante à la fois chez la mère et chez le bébé. Sa version originale est présentée dans le chapitre de Mazet et al. (1989).

Le matériel utilisé pour administrer l'échelle est une séquence filmée de jeu libres mère-enfant de 5-10 minutes. Il s'agit donc d'une micro-analyse avec l'application d'un codage. Les nombreux comportements émergents dans la séquence sont classés dans 6 catégories répertoriées pour chaque partenaire comme suit :

- Pour le comportement maternel, 4 catégories : « régulation somatique-homéostasie ; attachement ; différenciation somato-psychique ; initiative et interaction ».
- Pour le comportement du nourrisson, 2 catégories : « régulation somatique-homéostasie ; différenciation somato-psychique » (Mazet et al., 1989, p. 32).

L'analyse des liens entre le comportement de la mère et celui du bébé est basée sur la notion de contingence que nous avons déjà définie, et associée à une déclinaison en trois types de comportements possibles chez la mère et chez le bébé (comportement contingent, non contingent et anti-contingent). Bien que ces travaux soient très intéressants, il apparaît en fin de compte que l'attribution d'un type de contingence à un comportement est basée sur des suppositions, voir des interprétations, de l'observateur.

Mazet et al. (1989) émettent quelques critiques à l'égard de cette grille, l'une d'elle indiquant que la plupart des items évaluent les comportements, ce qui ne laisse pas de place, disent-ils, à l'étude des interactions fantasmatiques, ni à la réciprocité des échanges. C'est bien pour envisager ces différentes considérations que nous aurons recours à différents niveaux d'analyse.

À ce sujet également, une remarque de Mazet et al. (1989) apparaît centrale : « Il est important de savoir non seulement comment la mère ou le bébé répond, mais [aussi] qui et en quelle circonstance initie l'interaction, qui introduit le changement d'intensité ou du mode de communication » (Mazet et al., 1989, p. 33). Là réside un élément clé de ce travail de recherche sur lequel nous reviendrons prochainement : tout l'enjeu est bien là, le bébé ne doit pas seulement être capable de répondre à l'autre, il doit être en mesure d'initier l'interaction.

La revue littérature des instruments d'évaluation mentionnée précédemment (Wasterlain et al., 2017) référence la version révisée du *GLOS (GLOS-R)* formulée en 1989, mais l'accès à cette version n'a pas été possible⁴¹. La grille dans sa version révisée est applicable de la naissance jusqu'aux 4 ans de l'enfant, et 78 items sont référencés, on suppose donc un enrichissement des possibilités de codage.

L'échelle *GLOS* propose donc, tout comme notre étude, un travail de microanalyse à partir de films, avec le recours à un codage pré-établie avec des possibilités de comportements observables chez chacun des acteurs. Il confirme l'importance d'un double niveau d'analyse afin de séparer le quantitatif du qualitatif.

2.1.3. *Parent/Caregiver Involvement Scale (P/CIS)*, Farran et al. (1986) : la notion de « plaisir »

L'échelle *Parent/Caregiver Involvement Scale (P/CIS)* a été développée par Dale Clark Farran (professeur émérite américaine au département d'enseignement et d'apprentissage à *Vanderbilt University*, à Nashville, aux États-Unis), Connie Kasari (membre fondatrice américaine du *Center for Autism Research and Treatment* à *University of California*, à Los Angeles), Marilee Comfort (PhD et MPH américaine) et S. Jay, en 1986.

⁴¹ Nous avons essayé de contacter les auteurs de l'échelle ainsi que quelques auteurs de publications ayant recours à cette échelle, par mail ou par l'intermédiaire de *ResearchGate*, sans succès.

L'échelle *P/CIS* propose d'étudier des séquences filmées d'interactions de jeu libre mère-bébé. L'échelle est utilisée pour des bébés entre 3 et 36 mois et est adaptée pour une application à la maison ou en laboratoire. Elle peut également être utilisée auprès de bébés présentant des besoins particuliers (*special needs*) (Taylor & Bergin, 2019)⁴².

Dans sa version longue originale (Farran et al., 1986), l'échelle *P/CIS* propose de s'intéresser aux interactions entre le *caregiver* (le terme est fourni par les auteurs) et l'enfant afin de donner des pistes de compréhension dans les styles et les habilités de l'adulte de prendre soin de l'enfant.

Les observateurs évaluent 11 comportements maternels (du *caregiver*) issus des domaines de la réciprocité (*reciprocity*) et du contrôle (*control*) (Farran et al., 1986) : réactivité (*responsiveness*) ; interaction verbale (*verbal interaction*) ; jeu (*play*) ; enseignement (*teaching*) ; déclarations positives (*positive statements*) ; déclarations négatives (*negative statements*) ; contrôle des activités (*control of activities*) ; directives-demands (*directives-demands*) ; interaction physique (*physical interaction*) ; relation entre les activités (*relationship among activities*) ; établissement d'objectifs (*goal setting*).

Chacun des comportements sont définis selon 3 dimensions : la quantité (*amount*) ; la qualité (*quality*) ; la pertinence (*appropriateness*).

À la fin de la séquence de jeu, les évaluateurs donnent également une note sur leurs impressions à l'égard du *caregiver* en termes de :

- Comment ils apparaissent disponibles et dans l'acceptation envers leur enfant (*available and accepting*).
- À quel point ils ont offert une expérience agréable et constructive (*pleasant and constructive*).
- Du plaisir que les *caregivers* semblent ressentir de leur interaction avec l'enfant (*enjoyment*).

⁴² Nous intéressant spécifiquement aux items proposés par la grille et l'échelle de Farran et al. (1986) n'étant pas publiée, nous avons basé notre propos sur un article de Taylor & Bergin (2019) reprenant à la fois l'échelle originale et sa version révisée (Comfort & Farran, 1994).

Par la suite, en 1994, une version raccourcie est proposée : *The Parent/Caregiver Involvement Scale – Short Form (P/CIS-SF)* (Comfort & Farran, 1994).

Dans cette forme abrégée, 7 comportements sont inclus et concernant les dimensions étudiées, la quantité reste inchangée (elle renvoie à la constance du comportement de chaque *caregiver*, que la valence soit positive ou négative – Farran et al., 1986) et la qualité et la pertinence sont combinées en un seul score (et indiquent le degré d’abrasivité par rapport à la « chaleur » et la réactivité de chaque comportement, ainsi que la mesure dans laquelle les comportements du *caregiver* sont alignés avec les besoins du bébé) (Farran et al., 1986 ; Comfort & Farran, 1994).

Voici en détails les 7 comportements du *P/CIS-SF* et les 2 dimensions y étant associées :

- *Comportement d’enseignement (teaching behavior)* : anciennement « enseignement » (*teaching*), il fait référence aux comportements dans le but d’enseigner une compétence particulière (Farran et al., 1986, p. 8) :
 - Quantité : fait référence à la quantité et au temps qu’une mère (un *caregiver*) consacre à l’enseignement de son enfant.
 - Qualité/pertinence : fait référence à la question de savoir si la mère (le *caregiver*) adapte les activités d’enseignement aux capacités de son enfant.
- *Implication verbale (verbal involvement)* : anciennement « interaction verbale » (*verbal interaction*) :
 - Quantité : fait référence à la quantité de « conversation » qui se produit, que le contenu soit positif ou négatif.
 - Qualité/pertinence : fait référence à la mesure dans laquelle les verbalisations de la mère (du *caregiver*) sont adaptés aux activités et aux besoins de l’enfant.
- *Réactivité (responsiveness)* : le comportement existait déjà en tant que tel dans la version de 1986 :
 - Quantité : fait référence à la fréquence à laquelle la mère répond aux signaux du bébé tels que « les initiations, les verbalisations, les demandes, la détresse » (Farran et al., 1986, p. 6).

- Qualité/pertinence : fait référence à la réponse du *caregiver* face à une situation donnée : inopportune et acerbe (*ill-timed and abrasive*) vs opportune et chaleureuse (*well-time and warm*).
- *Interaction par le jeu (play interaction)* : anciennement « jeu » (*play*) :
 - Quantité : fait référence au temps pendant lequel la mère et le bébé jouent ensemble ou partagent une activité commune de qualité ludique (*playful or game-like quality*).
 - Qualité/pertinence : fait référence à l'adaptation du jeu aux besoins du bébé et à « la chaleur, l'intérêt et l'enthousiasme » manifestés par la mère lorsqu'elle joue avec son enfant (Farran et al., 1986, p. 7).
- *Directives et contrôles (directives and control)* : anciennement décomposé en deux comportements, « contrôle des activités » (*control of activities*) et « directives-demandes » (*directives-demands*), cela fait référence aux états qui implicitement ou explicitement « obligent » l'enfant à effectuer une activité spécifique (par exemple, « Ne touche pas à ça », « Joue avec ça »). Cela peut inclure le déplacement physique de l'enfant, donner/retirer des jouets, ou choisir l'activité suivante. Cela reflète à quel point le *caregiver* veut être en charge vs accepte de suivre la proposition de l'enfant.
 - Quantité : fait référence à la mesure dans laquelle le *caregiver* organise ou dirige les activités du bébé.
 - Qualité/pertinence : fait référence à l'adéquation entre le contrôle fourni par le *caregiver*, les besoins de l'enfant et la situation.
- *Considérations négatives (negative regard)* : anciennement « déclarations négatives » (*negative statements*)
 - Quantité : fait référence à la quantité de comportements négatifs (par exemple, expression de colère) dans lesquels le *caregiver* s'engage lorsqu'il interagit avec l'enfant.
 - Qualité/pertinence : fait référence à la façon dont les expressions négatives du *caregiver* sont considérées raisonnables, compte tenu des besoins de l'enfant et de la situation.
- *Considérations positives (positive regard)* : anciennement « déclarations positives » (*positive statements*)
 - Quantité : fait référence à la quantité de comportements positifs (par exemple, sourire) dans lesquels le *caregiver* s'engage lorsqu'il interagit avec l'enfant.

- Qualité/pertinence : fait référence à la façon dont les expressions positives du *caregiver* sont considérées congruentes, compte tenu des besoins de l'enfant et de la situation.

3 types de comportement catégorisés dans la version de 1986 ne sont pas repris en tant que tels dans la version raccourcie *P/CIS-SF* de 1994 : « interaction physique » (*physical interaction*) ; « relation entre les activités » (*relationship among activities*) ; établissement d'objectifs (*goal setting*). Cependant, on peut supposer que les considérations sont transversales, c'est-à-dire qu'elles sont étudiées dans plusieurs des catégories retenues (typiquement, l'interaction physique peut être présente dans les comportements d'enseignement mais aussi dans l'interaction par le jeu).

Dans la version raccourcie, les observateurs sont aussi invités à attribuer des notes d'impression générale à l'égard des *caregivers*, de manière peut-être davantage détaillée :

- *Disponibilité (availability)* : il s'agit du « degré auquel l'enfant a accès à l'attention et à l'implication de l'adulte » (Farran et al., 1986, p. 28). Il s'agit de savoir si le *caregiver* répond aux besoins de l'enfant et peut mettre de côté ses propres besoins pour considérer en priorité ceux de l'enfant.
- *Acceptation (acceptance)* : cela fait référence à la « mesure dans laquelle l'adulte semble apprécier l'enfant » et l'exprime ouvertement par l'intermédiaire d'« approbation et d'acceptation » (Farran et al., 1986, p. 28).
- *Atmosphère (atmosphere)* : cela fait référence à la façon dont l'interaction est « harmonieuse », l'harmonie s'exprimant par des émotions positives partagées, une coopération et des interactions mutuellement agréables (Farran et al., 1986, p. 28).
- *Plaisir (enjoyment)* : cela fait référence au degré auquel le *caregiver* exprime le plaisir de passer du temps avec l'enfant.
- *Environnement d'apprentissage (learning environment)* : il s'agit de la mesure dans laquelle le *caregiver* fournit « le temps, l'espace, l'attention et l'adaptation qui favorisent la concentration optimale de l'enfant sur une seule tâche » (Farran et al., 1986, p. 29).

Dans une version comme dans l'autre, la notion de plaisir (*enjoyment*) dans l'interaction est particulièrement pertinente pour notre sujet d'étude. Malheureusement,

l'impossibilité d'accéder à l'échelle originale ne nous a pas permis d'approfondir cette considération.

Par ailleurs, le détail des items considérés chez la mère (le *caregiver*) est particulièrement intéressant. L'un d'eux mérite d'être clairement identifié, les initiations de la mère (du *caregiver*) pour répondre aux signaux du bébé (cf. Quantité de la réactivité dans la version de 1986), c'est-à-dire lorsque le *caregiver* initie l'interaction après avoir perçu un besoin chez son enfant, mais il est regrettable que cette dimension ne soit pas considérée chez le bébé. Dans cette même direction, force est de constater que bien que l'intérêt porte sur les interactions, seuls les comportements du *caregiver* sont considérés, jamais ceux du bébé, ce qui est dérangeant, puisqu'une interaction émerge entre deux protagonistes, ce qui implique forcément que chacun tienne un rôle actif.

Enfin, un manuel et une vidéo de formation sont fournis par les auteurs de la *P/CIS* aux administrateurs de l'échelle, ce qui est une bonne idée pour l'harmonisation des codages en micro-analyse.

2.1.4. Les grilles Recherche Action-Formation (RAF) de Bobigny, Bur et al. (1989) : un contexte proche du nôtre

Une Recherche Action-Formation (RAF) a été menée par le département de psychopathologie de l'enfant et de la famille (créé par Serge Lebovici) à la faculté de médecine de Bobigny, en collaboration avec les équipes de 4 centres de consultation en Protection Maternelle Infantile (PMI) du département de la Seine-Saint-Denis et l'unité 292 de l'INSERM. Ensemble, ils ont élaboré une grille d'évaluation synthétique des interactions mère-nourrisson. Un chapitre du collectif de Lebovici et al. déjà mentionné relate ces riches travaux (Bur et al., 1989).

Véritable *screening* lors de sa passation au sein de consultations pédiatriques d'une vingtaine de minutes en PMI, Les grilles sont individualisées pour quatre périodes : de 2 à 3 mois, de 11 à 13 mois, à 2 ans et à 3 ans (Bur et al., 1989)⁴³. Les grilles mises au point permettent de faire le point sur différents éléments, en se basant à la fois sur les ressentis de la mère et des professionnels.

⁴³ Les quatre grilles RAF sont disponibles à la fin du collectif de Lebovici et al. (1989).

Voici le descriptif de l'examen de 2 à 3 mois en détails, puisque c'est celui qui nous intéresse le plus :

- Des informations générales sur le quotidien de l'enfant : son mode de garde, la composition de la famille vivant au foyer, une pesée-mensuration, les observations des professionnels dans la salle d'attente à l'égard des échanges de regards, de sourires, de vocalises et corporels.
- Un examen pédiatrique incluant les « grandes fonctions » : alimentation, sommeil.
- Un intérêt est porté aux interactions parents-enfant :
 - o À l'égard des interactions mère-nourrisson : sur le plan des registres corporel, visuel, vocal, mais aussi des sourires, puis des caractéristiques générales comme qui initie les échanges, comment est la réciprocité des échanges, quelle est la tonalité affective de chacun.
 - o À l'égard des interactions père-nourrisson : sous un aspect différent, puisque le questionnement est envisagé selon la mère et selon l'équipe (les parents ne sont donc pas considérés de façon équitable).
- Un examen physique assez complet : incluant l'état général du bébé, l'aspect de différents organes (cœur, voies ORL, yeux, etc.), le développement neurologique et psychomoteur, le tonus. Un intérêt est aussi porté au lien entre le bébé et l'examineur (le contact a-t-il été possible, le bébé s'est-il montré coopérant) ainsi qu'à la manière dont le bébé peut être consolé ou se consoler par lui-même en cas de pleurs ou de cris.
- Les conclusions de l'évaluation : elles reprennent de manière détaillée le développement de l'enfant (homéostasie et attachement), la relation mère-enfant, les maladies et hospitalisations-séparations éventuelles de l'enfant ces derniers mois, les inquiétudes éventuelles de l'équipe, des éléments relatifs à la fratrie et enfin, des questions relatives à l'inclusion éventuelle de l'enfant dans le dispositif recherche.

Bien que cette grille soit utilisée dans un contexte différent du nôtre (dans un contexte de consultation en PMI tandis que nous nous situons dans un contexte de thérapie bébé-parents), les différentes dimensions relatives aux interactions sont particulièrement intéressantes et seront à retenir pour notre recherche. De plus, le lien entre le bébé et l'autre (sa mère, son père, mais aussi l'examineur) et la manière dont le bébé peut se positionner

dans la relation (va-t-il être acteur ou non) est distillé de manière subtile tout au fil de l'examen.

Rappelons enfin que la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017) pour évaluer les « risques d'autismes » d'un bébé a, elle aussi, été pensée dans un contexte de bref examen clinique (type consultation en PMI), donc différent du nôtre. Il n'en reste pas moins que les réflexions et l'organisation de ces outils nous éclairent tout particulièrement.

2.1.5. *Infant-Parent Social Interaction Code (IPSIC), Baird et al. (1992) : la notion d'« initiation »*

L'outil *Infant-Parent Social Interaction Code (IPSIC)* a été mis au point en 1992 par un groupe de chercheurs américains, composé de Samera Major Baird (*Auburn University*), Laura Haas (*Louisiana State University Medical Center*), Katherine McCormick (*Columbus College*), Carol Carruth (*Auburn University*) et Keith D. Turner (*The University of Texas at Austin*).

L'instrument *IPSIC* porte sur l'évaluation des interactions bébé-parents auprès de bébés depuis leur naissance jusqu'à leurs 31 mois (environ 2 ans et demi), avec un ajustement pour les cas de prématurité. Des séquences de jeu bébé-mère ont été filmées, à leur domicile ou dans un laboratoire reproduisant ce contexte. Il est demandé aux parents de jouer comme ils le font normalement lorsqu'ils ne nourrissent pas, ne donnent pas le bain, ou ne changent pas leur bébé. 10 minutes de cette interaction sont enregistrées en vidéo.

Sur ces 10 minutes, les 5 premières minutes considérées comme un « échauffement » sont exclus. Au total, 20 séquences de 15 secondes sont analysées pour vérifier qu'il existe à minima une séquence pour chaque comportement – à l'exception de deux items (« facilitation » des partenaires ; « continuité du thème » pour la dyade). Si les conditions sont respectées, le codage peut être effectué.

Concernant le choix des items de codage, les auteurs indiquent que dans la mesure du possible, les comportements ont été sélectionnés s'ils pouvaient être observables et sans interprétation, et également que les comportements du bébé et des parents ont été sélectionnés en se référant à des preuves théoriques et empiriques indiquant leur importance pour la promotion du développement optimal du bébé (Baird et al., 1992).

En annexe d'article, les auteurs fournissent un guide pour le codage composé de définitions, d'abréviations pour le codage, d'exemples et de contre-exemples, ainsi que des

justificatifs pour l'inclusion accompagnés d'une sélection de références théoriques. Aussi, les auteurs ont généré des arbres de décision pour séquencer la série de décisions nécessaires au codage. Par ailleurs, les chercheurs ont imaginé un kit de formation des codeurs contenant 5 bandes vidéo standard.

Nous allons maintenant présenter les différents comportements possibles et donner seulement leur définition – les exemples, contre-exemples et justificatifs d'inclusions ne seront pas mentionnés, à l'exception de l'initiation et des actes de communication intentionnels du bébé, puisque ces éléments sont directement en lien avec notre sujet.

Ainsi, l'*IPSIC* propose de mesurer 4 variables du côté des parents (Baird et al., 1992) :

- *Contingence de réponse (response contingency)* : le parent commence, arrête ou change son comportement en moins d'une seconde en réponse à l'attention du bébé, à son changement d'état émotionnel, ou à un comportement manifeste.
- *Directivité (directiveness)* : le parent tente de diriger le rythme, le contenu et/ou la forme du comportement de l'enfant.
- *Intrusivité (intrusiveness)* : l'attention du bébé est rompue ou le bébé adopte un comportement négatif/un détachement social qui est précédé par une directivité parentale.
- *Facilitation (facilitation)* : le parent autorise ou suit le comportement d'attention du bébé et autorise le comportement de retrait de l'enfant pendant tout le segment codé.

Ainsi que 4 variables du côté du bébé (Baird et al., 1992) :

- *Initiation (initiation)* : après une pause de 3 secondes dans l'interaction sociale et sans invitation de l'adulte (*no adult prompt*), le bébé initie (*initiates*) ou relance (*reinitiates*) l'interaction sociale.
 - o Exemple : après une pause de 3 secondes dans l'interaction sociale, l'enfant sourit et donne au *caregiver* un baiser que le *caregiver* lui rend.
 - o Contre-exemple : après une pause de 3 secondes dans l'interaction sociale, l'enfant cherche un nouveau jouet et commence à examiner le jouet.
- *Participation (participation)* : le bébé s'engage dans une interaction sociale positive ou neutre.
- *Clarté du signal (signal clarity)* : le bébé s'engage dans une signalisation claire. Un signal clair est tout comportement manifeste qui permet au codeur d'identifier l'attention et/ou le changement d'état émotionnel.

- *Actes de communication intentionnels (intentional communicative acts)* : le bébé dirige un acte moteur/vocal vers le partenaire de la dyade et attend une réponse/persiste dans l'acte de communication pendant 2 secondes ou alterne un regard ou un geste entre le partenaire de la dyade et un objet/but.
 - Exemple : l'enfant regarde le *caregiver*, un biberon, et de nouveau le *caregiver* en disant « ba-ba-ba » et tend la main vers le biberon.
 - Contre-exemple : l'enfant regarde une bouteille et dit « ba-ba-ba ».

Baird et al. (1992) définissent par ailleurs le terme d'« interaction sociale de la dyade » (*dyadic social interaction*) en précisant que l'interaction sociale est définie comme un échange actif et mutuel/réciproque. L'interaction sociale peut impliquer des aspects de l'environnement, mais doit inclure un comportement manifeste dirigé vers le partenaire de la dyade par chaque membre de la dyade. Ainsi, ils ajoutent une variable relative à la dyade : *continuité du thème (theme continuity)*, en écho avec le thème de l'interaction sociale définie précédemment, un thème est défini comme trois ou plusieurs comportements simultanés ou à tour de rôle par chaque partenaire de la dyade.

Autour de l'échelle *IPSIC* elle-même, les auteurs ont également été attentifs à des variables analogues. Du côté du bébé lui-même, il est pris en considération sa classe d'âge d'appartenance (naiss. - 3 mois ; 3-6 mois ; etc.), son ordre dans la fratrie (premier né ; né après), son sexe, son « statut » (normal ; à risque environnemental ; à risque biologique ; à risque établi). Du côté de la mère, il est pris en considération son âge, son niveau d'études, son statut marital, et enfin du côté de la famille, le groupe ethnique d'appartenance (anglo-américain, africain-américain ; autre) et le niveau socio-économique sont considérés.

L'outil *IPSIC* est particulièrement intéressant pour notre recherche. Tout d'abord, l'acteur bébé est considéré dans le codage, aux côtés de ses partenaires, même si c'est souvent la mère qui est mentionnée. Il y a aussi un intérêt porté sur l'interaction en elle-même, avec une variable relative à la dyade.

Un guide de codage composé de définitions des choix des temps, d'exemples, de contre-exemples, ainsi que de justificatifs théoriques et accompagnés de références pour approfondir est proposé. De même, des recommandations de codage sont formulées par les auteurs, et une formation spécifique des codeurs est envisagée.

Pourtant, malgré le souhait et les bonnes intentions des chercheurs pour évincer toute interprétation de la part des codeurs (les procédures pour guider les décisions de codage sont notamment établies pour assurer et surveiller la fiabilité des observateurs et entre les observateurs), la nature même des items de codage implique une interprétation des codeurs, puisque les définitions mentionnées ne sont pas suffisamment factuelles, et ce malgré les exemples et contre-exemples. De plus, les items de codage sont limités aux seuls comportements qui seraient identifiés jusqu'ici, dans le sens où le codage ne serait pas réutilisable pour l'avenir pour identifier d'autres types de comportements, si l'on change de référentiel théorique par exemple. Or là réside bien l'un des éléments clés d'un codage : rester sur le registre de l'observable et de l'objectivité, et reléguer à un second temps la démarche, non pas interprétative, mais d'hypothèses théoriques. D'ailleurs, lorsque les auteurs mentionnent « la série de décisions nécessaires au codage », le terme même de « décision » ne peut pas se juxtaposer à celui de codage, puisque si décision à prendre il y a, cela veut dire que nous ne sommes déjà plus dans le registre de l'observable. Toutefois, les intentions de Baird et al. (1992) sont très pertinentes et à retenir.

Enfin, l'« initiation » de la part du bébé, et également l'intentionnalité comprise dans « les actes de communication intentionnels » sont introduits et retiennent tout particulièrement notre attention. Les définitions proposées sont en accord avec notre manière de les percevoir, bien que la relance ne soit pas considérée à notre sens comme une initiation (mais plutôt comme une réponse à la proposition de l'autre, même si différée). Il est aussi intéressant que le comportement de « participation » soit désigné, car ainsi, la participation est distincte de l'initiation dans laquelle un rôle d'autant plus actif du bébé est attendu. Ces notions sont centrales auprès des bébés en retrait relationnel, et plus largement dans la thérapie bébé-parents telle que nous la proposons, nous y viendrons dans le prochain chapitre.

2.1.6. *Parent-Infant Relational Assessment Tool (PIRAT)*, Broughton et al. (2009) : la notion de « recherche du contact »

L'outil *PIRAT* que l'on pourrait traduire par « Outil d'évaluation relationnelle parent-enfant » a été développé par des chercheurs anglais dont Carol Broughton, docteur en

psychologie, dans le cadre du *Parent-Infant Project* (PIP) du *Anna Freud Center* (AFC) de Londres, ce qui l'ancre dans la pratique clinique (Broughton & Hommel, 2014)⁴⁴.

L'outil a été révisé grâce à un travail collaboratif avec des professionnels de santé et est utilisé comme outil de dépistage du risque dans la relation très tôt. Cela semble donc plus s'apparenter à une grille de repérage de risque (type PREAUT) qu'à un outil du type codage.

L'outil *PIRAT* est utilisé dans un contexte de consultations familiales (mère et bébé d'1mois et demi à 24 mois) ayant eu lieu au domicile des familles où en clinique et filmées par un professionnel de santé (sage-femme, psychologue clinicien, orthophoniste, assistant social, etc.). Les vidéos sont ensuite segmentées de manière aléatoire en séquences de 10 minutes puis codées individuellement.

Si c'est la notion de « recherche du contact » qui a retenu notre attention dans le tableau récapitulatif de Wasterlain et al. (2017), en s'intéressant de plus près au détail des items, d'autres éléments apparaissent intéressants et en lien avec notre sujet.

L'outil *PIRAT* ne disposant pas de version française, voici une proposition de traduction afin d'en étudier les items :

Tableau 2. Items de l'outil *PIRAT* (Broughton & Hommel, 2014) Traduction proposée par l'auteur

<i>Infant-to-parent subscale</i>	<i>Sous-échelle du nourrisson au parent</i>
Infant's seeking of contact	Recherche du contact du nourrisson
Responsiveness to contact	Réactivité au contact
Responsiveness to stranger	Réactivité face à un étranger
Ability to communicate needs	Capacité à communiquer ses besoins
Ability to be comforted	Capacité à être réconforté
Quality of contact (such as aggressive/attacking, clinging, frightened/wary, lack of pleasure, sexualized, dissociative, avoidant)	Qualité du contact (comme agressif/attaquant, accroché, effrayé/méfiant, manque de plaisir, sexualisé, dissociatif, évitant)
<i>Parent-to-infant subscale</i>	<i>Sous-échelle du parent au nourrisson</i>
Parent's initiation of physical contact	Initiation du parent au contact physique
Parent's initiation of emotional contact	Initiation du parent au contact émotionnel
Parent's playfulness in relation to infant	"Espèglerie" des parents par rapport au nourrisson
Pleasure in parenting	Plaisir d'être parent
Hostility and blame	Hostilité et blâme
Quality of contact (such as intrusive, frightening, sexualized, dissociative, avoidant, consistency/predictability)	Qualité du contact (comme intrusif, effrayant, sexualisé, dissociatif, évitant, cohérence/prévisibilité)

⁴⁴ Carol Broughton (2009) a effectué son Doctorat en *Child and Adolescent Psychoanalytic Psychotherapy* sur ce thème, et Susanne Hommel (2017) a réalisé, elle, un Doctorat en Philosophie. Nous intéressant spécifiquement aux items proposés par la grille, nous avons basé notre propos sur un Poster Scientifique introduit par les deux chercheurs en 2014.

Cette grille semble prendre en considération la distinction du bébé qui « recherche le contact » (*infant's seeking of contact*) – dans le sens d'être initiateur de la relation donc – vs l'idée de « réagir au contact » (*responsiveness to contact*) – dans l'idée cette fois de répondre seulement, de relancer l'échange. Ces items font écho avec ceux qui nous intéressent.

2.1.7. *Infant Caregiver Behavior Scale (ICBS)*, Muratori et al. (2011) : les notions de « spontanéité », « plaisir » et « sollicitation »

En 2011, Filippo Muratori, psychanalyste italien, professeur de neuropsychiatrie de l'enfant à l'*Università di Pisa* et chef de service de l'*Istituto scientifico Stella Maris*, à Pise, en Italie, accompagné de son équipe publie l'échelle *Infant and Caregiver Behavior Scale (ICBS)*.

La grille *ICBS* est pensée pour être appliquée des premiers mois de vie jusqu'à 18 mois. Elle peut aussi bien être appliquée à des bébés au développement « ordinaire » qu'à des bébés présentant des particularités. En effet, dans leur étude validant l'outil, Muratori et al. (2011) administrent l'échelle sur des films familiaux d'enfants dont ils savent le destin développemental (en l'occurrence, les bébés dont les films familiaux ont été étudiés sont devenus autistes, ont présenté des retards mentaux ou un développement dit « typique »).

Afin de réfléchir aux liens possibles entre cette échelle et ce que nous avons besoin d'observer dans notre codage, voici une proposition de traduction (en gras et italique sont surlignés les éléments qui nous intéressent particulièrement et surligné en gris, nos ajouts) :

**Tableau 3. Traduction de l'échelle ICBS
(Muratori et al., 2011) Traduction proposée par l'auteur
COMPORTEMENTS DU BEBE (DE L'ENFANT)**

S'oriente quand on l'appelle	Événement	<i>Le bébé émet un regard spontané en direction du caregiver qui l'appelle par son nom</i> <i>*ce critère va nous intéresser, que le caregiver appelle le bébé ou non</i>
<i>Sourire aux gens</i>	Événement	<i>Le bébé sourit à un caregiver pour attirer son attention</i>
<i>Profiter avec les gens</i>	Événement/État	<i>Le bébé montre du plaisir et de la satisfaction au travers d'une expérience de contact physique et/ou visuelle avec un caregiver</i>
Syntonie	Événement/État	Le bébé montre une réponse affective en syntonie avec les signes d'affects du caregiver ; seulement si ce caregiver présente une expression congruente avec les sollicitations de l'environnement affectif
Regard référentiel	Événement	<i>Le bébé détourne le regard en direction du caregiver à la recherche d'une réponse dans une situation spécifique</i>
<i>Solliciter</i>	Événement	<i>Le bébé émet une action verbale, vocale ou tactile pour attirer l'attention du caregiver ou pour obtenir quelque chose de sa part</i> <i>*nous nous intéressons à cet élément, que le bébé y associe une intentionnalité ou non, notre codage se veut le moins interprétatif possible</i>
Accepter l'invitation	Événement	Le bébé change son comportement en fonction de la sollicitation du caregiver dans les 3 secondes après le début de la sollicitation <i>*nous ne reprendrons pas cet élément tel quel car cela nous semble déjà être le niveau supérieur (interprétatif), néanmoins, il demeure très intéressant</i>
Maintenir l'engagement social	Événement/État	<i>Le bébé prend un rôle actif au sein d'une interaction bidirectionnelle afin de conserver l'implication du caregiver. Le bébé interagit, vocalise et maintient le tour de parole</i>
<i>Vocalisation simple</i>	Événement	<i>Le bébé produit des sons envers le caregiver</i>

<i>Vocalisation significative</i>		Évènement	<i>L'enfant produit intentionnellement des sons avec une signification sémantique</i> *bien que cela ne soit valable que pour des bébés plus âgés, l'item figurera bien dans notre codage
COMPORTEMENTS DES CAREGIVERS (AIDANTS NATURELS)			
<i>Regulation</i>	<i>Up</i>	Evènement/État	Le <i>caregiver</i> module l'excitation et l'humeur du bébé ; le <i>caregiver</i> peut agir soit pour exciter (régulation à la hausse – <i>regulation up</i>) soit pour calmer (régulation à la baisse – <i>regulation down</i>) le bébé
	<i>Down</i>	Evènement	
Sollicitation		Evènement	<i>Le caregiver stimule le bébé et sollicite son attention en l'appelant par son prénom, en vocalisant, en faisant un mouvement, en le touchant, en lui montrant une requête via son comportement</i> *de même, cela renvoie à un second niveau d'analyse dit interprétatif, mais nous nous intéresserons aux sollicitations du/des <i>caregiver/s</i> et du thérapeute à l'égard du bébé

Nous l'avons dit au fur à mesure de cette sous-partie, les instruments d'observation des interactions dyadiques nous ont fourni des pistes concrètes du côté des thématiques d'items pour constituer notre codage. Cependant, aucune n'a pu répondre de manière pleinement satisfaisante à tous nos critères et plusieurs éléments demeurent non considérés.

Au niveau du contexte notamment, aucune échelle n'est pensée pour être appliquée à une séance de thérapie.

Au niveau des acteurs également, le thérapeute et le filmeur perçu comme co-thérapeute que nous souhaitons inclure dans nos micro-analyses demeurent rarement considérés – précisons tout de même que le professionnel auprès du bébé est considéré dans l'administration des grilles RAF de Bobigny (Bur et al., 1989). Les pères ou un partenaire du bébé différent de la mère sont par ailleurs trop peu considérés.

Au niveau des spécificités présentées par les bébés que nous recevons, les particularités de ces bébés du fait de leur retrait relationnel ne transparaissent pas dans ce qui existe déjà.

Au niveau de l'âge, nous avons aussi besoin d'affiner un codage permettant de prendre en considération des comportements potentiellement évolutifs chez le bébé, entre sa naissance et ses douze mois, voire un peu plus – sur ce point, des grilles ont le mérite d'exister sur des tranches d'âge similaires, voire plus élargies.

Enfin, à l'égard de notre fondement théorique, bien que les aspects psychanalytiques devront un temps être écartés du codage pour n'être reconsidérés que dans un second temps, il apparaît important de pouvoir utiliser une grille pensée par des psychanalystes ou des psychothérapeutes d'orientation analytique.

2.2. Micro-analyse et psychanalyse : les travaux pionniers de Stern

Daniel N. Stern fut, entre autres, pédopsychiatre, professeur émérite de psychologie et psychanalyste américain. Il est l'un des pionniers dans le champ de la micro-analyse de séquences d'interaction mère-bébé réalisée à partir de films.

Les travaux de Stern, aussi éclairants qu'inédits, méritent que l'on y consacre une partie spécifique (Stern, 1971/1983, 2003). Plus tard, avec la constitution du *Boston Change Process*

*Study Group*⁴⁵ qu'il intègre, Stern dialogue encore davantage avec la psychanalyse (Beebe, 2017).

Il demeure important de rapporter qu'à la même époque, d'autres auteurs comme Brazelton (Brazelton et al., 1974) ou Trevarthen (1979), que nous avons mentionné à d'autres endroits, s'engageaient dans ce même champ d'étude.

2.2.1. La micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson (1971/1983)

Le premier article de Stern est paru dans le *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* en 1971⁴⁶. Il a ensuite été traduit en français et publié en 1983 dans le journal *La Psychiatrie de l'Enfant* sous le titre *Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson – Comportements assurant le contact relationnel entre une mère et ses jumeaux âgés de trois mois et demi*.

Dès le titre de l'article, quatre éléments convergent avec des points d'intérêts de notre travail de recherche : la micro-analyse, l'interaction du bébé avec l'un de ses partenaires, le contact relationnel, et enfin, l'âge de trois mois et demi qui renvoie à l'âge auquel la grille PREAUT-OLLIAC est administrable.

L'argument principal de Stern (1971/1983) repose ici sur le fait que les interactions entre un nourrisson et sa mère sont forcément alimentées par les comportements à la fois de l'un et de l'autre. Le fait de prêter une intention au bébé est assez novateur pour l'époque. Dans cet article, il cherche à établir des modèles d'approche et d'éloignement mutuel entre mère et nourrisson. Les questions sous-jacentes sont les suivantes : quelles sont la quantité et la durée des contacts en face à face et qui est l'instigateur de l'action (initiation et fin) ? Les mêmes questions se posent quant à l'action d'évitement de contact.

⁴⁵ Le *Boston Change Process Study Group (BCPSG)*, créé en 1995, fut et est composé, entre autres, de Daniel N. Stern, Lou Sander, Ed Tronick, Karlen Lyons-Ruth, Alexandra Harrison, Jeremy Nahum, Alex Morgan et Nadia Bruchweiler-Stern (Beebe, 2017).

⁴⁶ L'article original dans son intégralité étant indisponible en accès libre, c'est sur l'article en français que notre propos se base (Stern, 1983). L'accès possible à la première page de l'article en anglais de 1971 nous a néanmoins permis de comparer et de vérifier que les deux articles aux titres identiques renvoyaient bien au même texte, ce qui est confirmé par nos lectures des travaux de Beebe.

2.2.1.1. Un dispositif et une micro-analyse novateurs

2.2.1.1.1. Dispositif de l'étude

L'interaction sociale étudiée a lieu entre une femme primipare de 25 ans et ses jumeaux de 3 mois et demi. La séquence est extraite d'une étude longitudinale menée dès les 3 mois des bébés. La famille est visitée à domicile deux fois par semaine pendant trois semaines, une fois par mois jusqu'au 9^{ème} mois, puis une fois par trimestre jusqu'au 15^{ème} mois. Les visites sont intégralement filmées, ont lieu durant la matinée et durent trois heures consécutives. L'expérimentateur intervient le moins possible entre la mère et les bébés et quitte même la pièce lorsque sa caméra est installée. Si les bébés dorment, la mère peut discuter librement avec l'expérimentateur.

Il apparaît à Stern tout à fait intéressant de disposer de « deux interactions “ressenties” comme différentes d'un point de vue clinique et qui pouvaient l'être pour des raisons psychologiques » (Stern, 1971/1983, p. 221). Nul besoin de rappeler qu'une mère agit toujours différemment avec chacun de ses enfants. Aussi, la mère mentionne que l'un de ses deux fils ressemble davantage au père – cette remarque est à garder à l'esprit pour la lecture des résultats.

Dans l'extrait sélectionné d'une durée de 7 minutes, les jumeaux Mark et Fred ont trois mois et demi. Ils sont installés sur deux sièges faisant face à leur mère. Elle-même est assise sur le sol pour pouvoir jouer avec eux. Il s'agit donc d'une situation dyadique de communication en face-à-face (*dyadic face-to-face communication*) : l'intérêt est porté sur la dyade mère-Mark et sur la dyade mère-Fred (la dyade des jumeaux n'est pas considérée).

2.2.1.1.2. Codage des nourrissons et de la mère mis au point par Stern

Dans le codage, sont considérés des comportements de la mère et du nourrisson « qui visent à maintenir, rompre, éviter ou engager la relation et la stimulation sociales » (Stern, 1971/1983, p. 218).

Le codage à l'égard du bébé concerne le mouvement de la tête. Il y a deux options : le bébé tourne sa tête vers sa mère ou alors il s'en détourne. Stern indique que le regard n'est pas pris en considération car la manière dont a été filmée la scène ne le permet pas de manière

assez précise. De la même manière, le codage à l'égard de la mère s'intéresse uniquement aux mouvements de celle-ci, non à son regard.

2.2.1.1.3. *Résultats et discussion de la micro-analyse proposés par Stern*

La micro-analyse proposée dans l'étude est contrainte par les moyens techniques de l'époque. Le matériel utilisé est une caméra de télévision portable.

L'analyse se fait image par image (*method of frame-by-frame microanalysis of film*). Stern choisit de fixer un seuil de 24 images analysées par seconde (1/24^e sec). On imagine facilement le nombre d'images extraites pour 7 minutes de codage...

Concernant les résultats de l'étude, Stern les organise de la façon suivante : dans un premier temps, il s'intéresse à la fréquence et à la durée du contact entre chaque bébé et sa mère, d'abord à l'égard de l'extrait micro-analysé, puis de manière longitudinale.

Le premier élément important qui se dégage renvoie à la différence de contact, à la fois en termes de durée et en termes de quantité, entre chaque bébé et sa mère : Mark tient le face à face avec sa mère 2 fois plus longtemps que Fred et cette situation de face à face se produit 2 à 3 fois moins souvent pour Mark.

Le second élément est l'évolution de ces comportements qui, pour Mark comme pour Fred, perdurent dans le temps et se généralise à d'autres interlocuteurs (père et étrangers).

Dans un second temps, Stern s'intéresse à l'action (contact et rupture de contact) et à qui en est l'initiateur.

Tout d'abord, Stern observe un comportement différent au sein des deux dyades. « Le simple fait que Mark détourne le visage agit sur la mère comme un signal : elle ne s'en approche pas et le laisse tranquille » (Stern, 1971/1983, p. 225). À l'inverse, si Fred émet le même signal, elle s'approche de lui pour attirer son attention. Cela nous montre aussi que pour obtenir la même réponse de la part de leur mère, les jumeaux sont obligés d'agir eux aussi différemment. Si Mark est rapidement laissé tranquille, Fred de son côté doit user de plus de stratégies pour que sa mère se détourne de lui : rotation de la tête à 45° puis il se tord le cou pour marquer véritablement son refus. À partir de ces constats, Stern définit un

« modèle d'approche et d'éloignement mutuel » (*mutual approach-withdrawal pattern*) (Stern, 1971/1983). Le modèle se confirme pour Fred dans les analyses statistiques, mais pas pour Mark pour lequel aucune corrélation mouvement bébé-mouvement mère n'est observé.

Stern s'intéresse aussi à qui initie l'action, et bien que la mère initie plus souvent le modèle mutuel, le bébé peut aussi le déclencher. Il constate également que les actions corrélées (approche de la mère-éloignement du bébé ; éloignement de la mère-approche du bébé) sont le plus souvent synchronisées, c'est-à-dire que la réponse arriverait en même temps que la sollicitation (à 1/24^e sec près). Stern émet une hypothèse explicative en suggérant que les partenaires se connaissent suffisamment pour éventuellement se synchroniser au comportement que l'autre va adopter :

Ceci peut être dû à la profonde connaissance que les deux partenaires ont de l'espace, du rythme et du déroulement de leurs mouvements respectifs de sorte que de courtes périodes de comportement synchronisé peuvent survenir (...) Entre ces moments de mouvements synchronisés, si l'un fait un geste, l'autre réagit. Nous pouvons comparer ce qui se passe à une valse. (Stern, 1971/1983, p. 230)

L'étude de Stern publiée en 1971 en ayant recours à la micro-analyse nous montrent non seulement la finesse et la diversité de résultats qu'il est possible d'apporter, mais aussi les liens et hypothèses théorico-cliniques qu'il est possible d'élaborer à postériori.

2.2.1.2. Rapprochements et disparités avec la micro-analyse des films de séances « bébé-parents » dans notre étude

2.2.1.2.1. Un dispositif différent

Le dispositif proposé par Stern (1971/1983) et celui considéré dans ce travail de recherche sont fondamentalement différents étant donné le lieu, le contexte et la temporalité. En effet, l'interaction observée dans l'étude de Stern est constituée de deux dyades qui communiquent en face à face, filmées simultanément au domicile de la famille, à une fréquence mentionnée précédemment.

Nous concernant, ce n'est pas une dyade mère-bébé mais cinq acteurs qui sont considérés : bébé, mère, père (ou autres partenaires), thérapeute et filmeur. Il ne s'agit pas exclusivement de situations en face à face et le contexte est de toute façon différent puisqu'il s'agit de séances filmées dans le cadre de thérapie bébé-parents. De fait, le thérapeute (qui n'est donc pas un expérimentateur) intervient et même plus encore, interagit avec le bébé et

ses partenaires. Enfin, les séances ont lieu dans la mesure du possible une fois par semaine pour une durée d'une heure.

2.2.1.2.2. *Des codages somme toute assez similaires*

La création du codage établi dans ce travail de recherche rejoint l'intérêt formulé par Stern autour du maintien ou de l'interruption de la relation par l'un des protagonistes.

Aussi, nos critères de sélection d'un extrait codable se rejoignent. Stern (1971/1983) mentionne qu'au début de l'interaction sélectionnée, « les deux nourrissons étaient calmes et éveillés » (Stern, 1971/1983, p. 220). Cela fait écho à l'échelle de Prechtl (1974) reprise par Brazelton (1992/1994) que nous avons déjà mentionné et sur laquelle nous reviendrons (cf. I,1.3.2.2.3.1. ; I,3.2.2.). Bien qu'il ne le mentionne pas, l'état décrit par Stern renvoie à ce que Prechtl nomme « éveil calme » (stade III). C'est lorsque le bébé est dans cet état que nous considérons également possible de coder la séquence. Stern poursuit son explication : « Au bout de sept minutes, Fred parut indisposé et les efforts de la mère pour le distraire n'eurent aucun résultat, si ce n'est d'aggraver la situation » (Stern, 1971/1983, p. 220). Dans cet extrait, on peut émettre l'hypothèse que le bébé glisse vers le stade IV sur l'échelle de Prechtl (1974) (« éveil agité »), voire au stade V (« pleurs »).

Un autre élément apparaît indispensable à prendre en considération pour pouvoir entreprendre un codage : identifier les moments où le codage n'apparaît pas possible – nous l'avons nommé « problème technique » (cf. I,3.2.). Stern y fait référence lorsqu'il dit « comme nous ne pouvions pas déterminer exactement à partir du film où regardait le nourrisson, nous n'avons noté que la direction de son visage et ses mouvements de tête » (Stern, 1971/1983, p. 222).

Stern (1971/1983) se focalise sur un extrait de 7 minutes et les descriptions de l'article relatent bien à quel point ce travail de micro-analyse est long et demande minutie, rigueur et concentration. Bien qu'aujourd'hui nous disposions d'un matériel tout à fait différent pour la micro-analyse, il n'en reste pas moins que le travail demeure long et énergivore. Si dans un premier temps, ce travail de recherche a porté sur la micro-analyse d'un cas clinique dans son intégralité, il a par la suite été envisagé de se focaliser sur des extraits en cœur de séance (cf. III,3 ; III,4), nous rapprochant ainsi des recommandations de Stern.

Enfin, du point de vue des acteurs considérés dans le codage, l'étude de Stern (1971/1983) propose des étiquettes de codage pour la mère et le bébé.

Dans notre étude, bien sûr la mère et le bébé sont considérés, et si les items sélectionnés par Stern ne sont pas repris tels quels dans notre codage, nous portons néanmoins un intérêt conséquent aux regards du bébé et aux mouvements de la mère à son égard. De nombreux autres items sont intégrés dans notre codage, comme, par exemple, la prosodie de la voix de la mère, les vocalisations du bébé, etc. Sont aussi considérés dans notre travail d'autres acteurs : le père (d'autres partenaires du bébé), le thérapeute et le filmeur. Le logiciel *ELAN* a l'avantage de proposer visuellement une ligne pour chaque acteur considéré (cf. I,2.3.).

2.2.1.2.3. *Une utilisation du matériel analogue*

Nous apprenons qu'un lecteur de son est placé à côté du projecteur dans le dispositif de Stern (1971/1983), il s'agit donc, comme le propose le logiciel *ELAN* que nous utilisons, de travailler à partir de supports vidéo et audio.

Le logiciel *ELAN* que nous utilisons permet aussi de procéder à des ajustements du codage si nécessaire. Il est ainsi possible de faire des allers-retours dans le codage, ce qui permet de modifier un codage pour réajuster quand le comportement d'un acteur débute et se termine. Aussi, la vitesse de lecture de la vidéo est modifiable et adaptable pour pouvoir étudier encore plus finement les agissements brefs et rapides.

Stern mentionne tous ces éléments :

Ce mode de projection permet à l'expérimentateur d'aller et de venir sur n'importe quel cadre et à n'importe quelle vitesse, aussi souvent que nécessaire, pour déterminer exactement le cadre ($1/24^e$ s), où un mouvement s'arrête et commence (Condon & Ogston, 1967). (Stern, 1971/1983, p. 221).

2.2.1.2.4. *Un intérêt commun pour le contact relationnel*

Du côté du bébé, c'est tout particulièrement à l'égard du regard que Stern focalise son intérêt puisque, dit-il, « [le] système [visuel] a une immense importance dans les conduites sociales et, plus particulièrement, au cours des six premiers mois de vie du nourrisson » (Stern, 1971/1983, p. 218).

Stern s'intéresse aussi au détournement de regard et de tête émis par le bébé (Stechler & Latz, 1966 ; Stechler & Carpenter, 1967 ; Hutt & Ounsted, 1966).

Il est sans doute très important d'observer à quel moment et pendant combien de temps les gens s'envisagent ou se regardent, et aussi de quelle manière ils se regardent ou évitent de se regarder. Ceci est plus particulièrement vrai pour l'enfant qui n'a pas encore acquis le langage car son comportement et sa compréhension des échanges reposent exclusivement sur des signes non verbaux. (Stern, 1971/1983, p. 219)

2.2.2. « Un monde dans un grain de sable » (2003)

En 2003, Stern publie un ouvrage en français intitulé *Le moment présent en psychothérapie* qu'il sous-titre *Un monde dans un grain de sable*. L'année suivante, il est publié aux États-Unis, sans le sous-titre pourtant particulièrement intéressant (*The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*). Stern y livre également les détails de sa vision de l'entretien micro-analytique.

Bien que les notions puissent sembler s'éloigner de notre sujet, en réalité de vrais parallèles émergent entre nos travaux. Les propos de Stern y sont particulièrement éclairants et novateurs et nous allons en rendre compte ici.

2.2.2.1. Le concept de « moment présent » chez Stern

Stern indique que son intérêt pour le « moment présent » existait déjà dans les années 1960-1970 lorsqu'il commença à utiliser le film et la vidéo pour étudier l'interaction mère-nourrisson, et propose que ces outils lui aient permis de s'équiper « d'une sorte de microscope pour observer le déroulement d'une interaction » (Stern, 2003, p. 8).

Pour Stern, une grande partie du « moment présent » renvoie au domaine de l'implicite. Il cite en exemple une situation clinique de 1969 où le début d'une séance de thérapie avec une patiente l'agace tout particulièrement : la patiente attend que les coussins du fauteuil dans lequel elle s'est assise chassent l'air... difficile de prédire quand l'air en aura fini de s'évacuer. Stern ne sait pas comment se positionner : faut-il attendre ? faut-il parler ? faut-il en parler ? En portant une attention spécifique au « micro-momentané des événements implicites » (Stern, 2003, p. 9), tout un nouveau champ de considérations s'ouvre à nous, là où peut-être, un autre thérapeute aurait pu simplement attendre que la patiente prenne la parole.

À postériori, Stern peut aussi dire comme les principaux thèmes de la vie de la patiente sont déjà présents dans cette séquence, illustrant ainsi son idée du « monde dans un grain de sable » sur laquelle nous reviendrons dans la prochaine sous-partie.

« Maintenant » est le moment où nous vivons directement notre vie. Tout le reste est en décalage. Le seul temps de la réalité subjective pure, de l'expérience phénoménale, est le moment présent (...) Dans un récit, le maintenant qui est raconté s'est déjà produit. Il crée un rapport entre le passé et le futur. (Stern, 2003, p. 19 ; p. 23).

Stern (2003) nous fait par ailleurs prendre conscience qu'un moment passé ne pourra jamais être vécu une seconde fois : même s'il est raconté dans les moindres détails, même s'il a été filmé comme nous le faisons dans notre dispositif de thérapie bébé-parents, le moment « capturé » ne sera jamais aussi exact que le « moment présent », vécu en lui-même, puisque par essence, inscrit dans une temporalité autre.

Il explique aussi que le moment présent ne passe pas en un instant, tel un éclair que nous ne pourrions saisir qu'à posteriori, le moment présent « traverse la scène mentale plus lentement, prend plusieurs secondes pour se dérouler (...) et donne lieu à un drame émotionnel vécu » (Stern, 2003, p. 21). Il propose que ce drame génère une forme temporelle, comparable à une « phrase musicale éphémère », ce qui permet de « replace[r] le temps dans l'expérience » (Stern, 2003, p. 21).

En effet, l'avant, l'après et le pendant sont facilement intégrables dans nos récits, ce que Stern met en lien avec le temps linéaire qu'il associe à la notion grecque, *kronos*. Lorsqu'il s'agit de penser des expériences se produisant dans le maintenant, les choses se révèlent plus difficiles.

Si l'on s'autorise un détour par la mythologie grecque, c'est dans les croyances orphiques que Chronos apparaît essentiellement, souvent confondu avec Cronos/Kronos (benjamin des Titans et père de Zeus). Chronos serait la personnification du temps, d'ailleurs souvent surnommé en anglais *Father Time*.

Dans ce que Stern dénomme *kronos*, « le moment présent est un point mouvant dans le temps qui ne tend que vers un avenir » (Stern, 2003, p. 21). Il nous rappelle par ailleurs que le temps est une invention de notre esprit. De ce point de vue, le moment présent ne peut pas y trouver sa place et se retrouve à devenir immédiatement du passé : l'expérience directe et le « maintenant » y sont impossibles.

Pour y pallier, Stern introduit la notion grecque de *kairos*. Dans la mythologie grecque, Kairos apparaît sous la représentation d'un petit dieu doté d'ailes représentant les opportunités qu'il faut saisir lorsqu'elles passent. Stern suggère :

Kairos est un moment à saisir (...) il faut agir, afin de modifier son destin. Si vous n'agissez pas, votre destin en sera tout de même changé, mais différemment, parce que vous n'aurez pas agi. Qu'il s'agisse de votre destin dans la minute suivante ou pour une vie entière. C'est une petite fenêtre de devenir, une occasion à saisir. (Stern, 2003, pp. 23-24)

Ainsi, Stern propose de baptiser le moment présent « moment de micro-*kairos* » (Stern, 2003, p. 24).

2.2.2.2. Une référence au poète William Blake

En référence au poète britannique William Blake, Stern évoque la métaphore du « monde dans un grain de sable ».

Ce propos est tiré du premier vers de l'un des poèmes les plus célèbres de Blake : *Auguries of innocence* (1803)⁴⁷, traduit par *Augures de l'innocence* (Boutang, 1989) en français. Les quatre premiers vers sont les plus connus et les plus diffusés du poème. Les voici en version originale :

To see a world in a grain of sand
And a heaven in a wild flower,
Hold infinity in the palm of your hand
And eternity in an hour. (Blake, 1803)

Et dans leur version traduite par Pierre Boutang, philosophe, poète et traducteur français :

Voir le monde en un grain de sable,
Un ciel en une fleur des champs,
Retenir l'infini dans la paume des mains
Et l'éternité dans une heure. (Boutang, 1989)

Blake met en comparaison l'infiniment grand et l'infiniment petit : « le monde », « un ciel », « l'infini » et « l'éternité », auxquels il accole respectivement « un grain de sable », « une fleur des champs », « la paume des mains » et « une heure ». Blake les positionne côte à

⁴⁷ *Auguries of Innocence* est un poème écrit par William Blake (1757-1827), probablement en 1803 dans l'un de ses cahiers désormais connu sous le nom de *Pickering Manuscript*. Le poème n'a été publié qu'en 1863, à titre posthume donc, dans le volume d'accompagnement de la biographie de Blake par Alexander Gilchrist.

côte, sans forcément les séparer, mais plutôt en les faisant correspondre, comme si le plus grand était inclus, visible, perceptible, dans le petit.

N'oublions pas que Blake étant aussi un poète engagé dans le champ de la religion. Ainsi, une autre lecture devient possible : le « monde », le « ciel », l'« infini » et l'« éternité » pourraient être rapprochés de la grande échelle divine, considérés parallèlement au « grain de sable », à « une fleur des champs », à « la paume des mains » et à « une heure », plus petits mais aussi plus concrets, plus palpables, plus quantifiables.

Penchons-nous à présent sur ce que Stern (2003) a à nous en dire :

Outre sa poésie, ce titre traduisait la taille du petit monde révélé par la micro-analyse et, en même temps, attirait l'attention sur le fait qu'on décèle souvent le panorama plus vaste du passé et de la vie actuelle de quelqu'un dans les petits comportements et actes mentaux qui constituent ce micro-monde. De même, et c'est primordial, voir le monde à cette échelle de réalité modifie ce qui peut être vu et par conséquent nos conceptions fondamentales. (Stern, 2003, p. 10)

Pour Stern, c'est donc en s'intéressant à l'infiniment petit, aux actions décomposées que l'on va pouvoir trouver des « indices » pour expliquer l'infiniment grand, le processus à l'œuvre dans sa globalité. Nul doute qu'en prenant la peine de s'intéresser aux détails d'un événement à cette échelle, telle une loupe que l'on viendrait positionner pour décortiquer les moindres éléments, notre vision des choses se modifiera et notre regard global s'enrichira.

2.2.2.3. Rapprochements et disparités avec la micro-analyse des films de séances « bébé-parents » dans notre étude

Dans l'appendice de son ouvrage consacré spécifiquement à l'entretien micro-analytique, Stern (2003) livre des caractéristiques pour lesquelles des parallèles avec notre cadre de recherche sont saisissantes. Essayons d'en rendre compte ici.

2.2.2.3.1. Une méthodologie différente mais des étapes communes

Il convient d'indiquer que le contexte de l'expérience menée par Stern (2003) est fondamentalement différent de notre dispositif pour différentes raisons. En effet, Stern demande aux sujets de raconter « ce qu'[ils ont] consciemment vécu [le] matin au petit déjeuner » (Stern, 2003, p. 266). Dans son expérience, ce n'est donc ni un contexte de thérapie, ni un contexte dans lequel plusieurs sujets sont en interactions. Également, Stern ne

s'intéresse qu'à un discours, contrairement à nous qui nous intéressons aux discours mais aussi aux actions des différents acteurs présents dans la situation étudiée. Enfin, Stern demande au sujet de parler d'un moment vécu dans le passé en se le remémorant. Du côté de la temporalité, nous nous positionnons donc différemment puisque notre intérêt et notre travail d'analyse portent sur un événement vécu à l'instant T : la séance de thérapie bébé-parents.

Schématiquement, nous pourrions représenter le dispositif de Stern et le nôtre de la façon suivante :

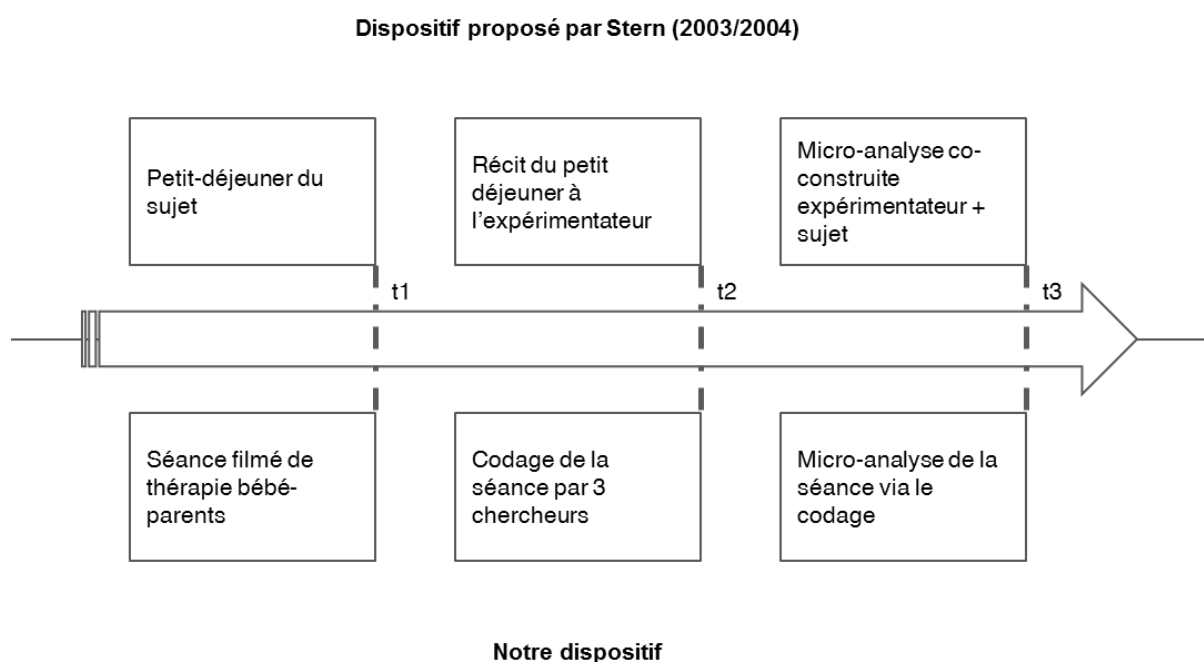


Figure 3. Parallèle dans la temporalité des dispositifs de Stern et du nôtre

Ainsi les trois temps proposés par Stern dans son dispositif trouvent écho dans le nôtre. Dans un cas comme dans l'autre :

- Ce que nous avons appelé l'instant t1 représente l'instant qui doit être analysé.
- Ce que nous avons appelé l'instant t2 représente une description de cet événement qui servira d'« entrée » pour l'analyse.
- Enfin ce que nous avons appelé l'instant t3 représente le temps de l'analyse.

Il est donc possible d'établir un parallèle entre le travail de Stern et le nôtre du fait des moments considérés, bien qu'aucun délais ne soit spécifié dans notre dispositif.

Concernant la population étudiée, Stern (2003) indique avoir mené des entretiens de manière successive avec son équipe de chercheurs :

- Premier groupe (afin d'établir la méthode) : 12 entretiens auprès d'étudiants, confrères et amis depuis une quinzaine d'années.
- Deuxième groupe (étude détaillée par Santos, 2000) : 6 sujets puis 5.
- Troisième groupe (afin d'éclaircir et affiner des aspects de l'entretien) : 8 sujets.

Nous concernant, le codage rapporté dans ce travail de recherche est basé sur un cas clinique unique, nommé « cas pilote », composé de 9 séances, extrait d'une cohorte de bébés reçus par M-C. Laznik en thérapie bébé-parents. Ces deux thèmes seront traités dans les deux prochains chapitres (cf. III ; II,3.).

2.2.2.3.2. *Un sujet d'étude différent mais une considération « micro-analytique » commune*

L'entretien est micro-analytique, au sens où les plus petits événements, sentiments, pensées, actions remémorées sont explorés jusqu'à ce qu'ils soient vidés de leur contenu remémoré ; où le récit est co-construit par l'expérimentateur et le sujet ; où tous les éléments narrés sont représentés par un graphique avec les dimensions de temps (estimé) et d'intensité (jugée subjectivement). (Stern, 2003, pp. 263-264)

Si l'on transpose à notre propos, notre travail basé sur l'analyse de films de séances de thérapie bébé-parents à l'aide du logiciel *ELAN* (cf. III,2.3.) est également « micro-analytique » dans le sens d'une « décortication » au dixième de seconde. Il est tout à fait vrai de dire que « les plus petits événements » et actions sont explorés « jusqu'à ce qu'ils soient vidés de leur contenu » : nous analysons, acteur par acteur, chaque action. Dans un second temps, nous étudions ces résultats et les mettons en lien avec la théorie psychanalytique.

« L'expérimentateur » pour Stern est le thérapeute (et le filmeur) pour nous, et le « sujet » pour Stern renvoie au bébé et à ses parents dans notre dispositif. Il s'agit effectivement d'une co-construction dans le sens où thérapeute, filmeur, bébé et parents sont en interactions, c'est donc d'un certain point de vue une co-construction de la séance.

Si « tous les éléments narrés sont représentés par un graphique » pour Stern, cela est également le cas pour nous puisque tous les éléments renseignés dans le logiciel *ELAN* seront par la suite extraits dans une base de données afin de pouvoir procéder à des analyses statistiques et, *in-fine*, à des graphiques (cf. III,2.). La dimension de temps sera elle aussi

inclue : la temporalité de chaque séance est considérée, ainsi que la temporalité de la thérapie puisque chaque séance est étudiée l'une après l'autre.

Le résultat est un unique compte-rendu : un « récit » co-construit, à l'objectif micro-analytique, constitué de plusieurs couches. Je me propose de le baptiser « récit composite ». Ce récit composite n'est pas l'expérience vécue, il ne s'agit pas non plus d'un récit normalement construit. (Stern, 2003, p. 264)

Le résultat d'un « unique compte-rendu » chez Stern renvoie dans ce travail de recherche à une analyse statistique globale, faite à partir du codage de toutes les séances.

Les « plusieurs couches » que Stern mentionnent peuvent être décomposées en deux niveaux d'analyse dans notre propos : un premier niveau renvoyant à une analyse quantitative, un second à une analyse qualitative (cf. I,3.3.2.).

Stern explicite ensuite très justement ce que nous proposons précédemment, à savoir qu'un récit n'est jamais l'expérience elle-même, aussi fidèlement essaye-t-on d'en rendre compte.

En quoi ce niveau d'analyse est-il justifié et éventuellement intéressant ? C'est une tentative de se rapprocher d'une objectivation de l'expérience subjective vécue. Le champ de conscience l'étudie à un stade où un dialogue entre différents niveaux de description est nécessaire. (Stern, 2003, p. 264)

Il est tout à fait vrai de dire que dans la démarche entre le film lui-même et le codage réalisé, quelque chose est forcément perdu. Dans ce sens, il s'agit aussi dans notre contexte d'une « tentative de se rapprocher d'une objectivation » (le codage renvoie à des aspects quantitatifs, son but est bien d'essayer d'objectiver les événements de la séance) de « l'expérience subjective vécue ».

Le « dialogue entre différents niveaux de description » est lui aussi présent dans notre dispositif avec les niveaux quantitatif et qualitatif mentionnés précédemment, mais aussi nécessaire : l'un ne peut pas aller sans l'autre.

L'idée derrière l'entretien micro-analytique est venue de l'expérience de la micro-analyse des interactions parents-nourrissons utilisant, en guise de microscope, des films et des vidéos pour démontrer plus aisément leurs mécanismes. Les descriptions au micro-niveau du millième de seconde ainsi obtenues étaient fascinantes et elles furent très utiles pour conceptualiser et traiter les rapports parents-nourrisson. (Stern, 2003, p. 264)

Stern (2003) fait ici référence à l'étude précédemment introduite au sujet de la micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson (Stern, 1971/1983) (qu'il élargit aux parents). Notre contexte est spécifiquement une micro-analyse d'interactions bébé-parents, à laquelle nous avons besoin d'ajouter l'intervention du thérapeute puisque nous nous situons dans un contexte de thérapie bébé-parents.

L'idée du « microscope » est particulièrement parlante (nous y reviendrons), tout comme l'idée de « démonter plus aisément les mécanismes » par l'intermédiaire de la micro-analyse : c'est bien pour essayer, à la fois d'en extraire (ou d'améliorer) une méthode thérapeutique, mais aussi d'en mesurer les effets que cette micro-analyse est intéressante.

Stern mentionne ensuite une description au « micro-niveau du millième de seconde ». Nous nous sommes limités au dixième de seconde, ce qui nous a déjà permis d'obtenir de très nombreuses données à analyser : au total plus de 273 000 lignes de données sur lesquelles il était possible d'identifier un ou plusieurs couples de codage. Il est tout à fait vrai de dire que ces micro-analyses sont « fascinantes », et également particulièrement « utiles pour conceptualiser et traiter les rapports parents-nourrissons » comme nous l'avons dit au paragraphe précédent.

2.2.2.3.3. *Des procédures concordantes*

Stern (2003) mentionne dix sous-parties dans sa procédure. Nous ne rendrons compte que de celles avec lesquelles des points communs ont été identifiés.

Il évoque le fait de « choisir un segment et ses limites » (Stern, 2003, p. 267) :

Ce segment ne peut excéder trente à quatre-vingt-dix secondes du fait des contraintes de temps d'un examen intensif. Ce segment doit être continu en temps réel même s'il se compose de plusieurs fragments distincts de conscience (...) On lui demande alors de choisir une partie de ce tout avec un début et une fin clairs. (Stern, 2003, p. 267)

Cette idée n'est pas apparue d'emblée dans notre travail de recherche puisque dans un premier temps, l'ensemble des séances considérées comme constituant la thérapie du cas pilote ont été codées de manière intégrale. Par la suite, en référence aux recommandations de Stern, des « cœurs de séance » ont finalement été identifiés (cf. III,3. ; III,4.).

Stern suggère que le segment ne puisse excéder un temps donné du fait de « contraintes de temps d'un examen intensif ». Son propos est tout à fait vrai, le codage dans son intégralité a pris beaucoup de temps, et fort heureusement, les membres de l'équipe de recherche ont

tous œuvré dans ce travail titanesque – chaque séance impliquait la participation de trois codeurs (cf. I,3.3.1.).

Stern décrit ensuite « l'analyse du segment » (Stern, 2003, p. 267) :

Le sujet décompose le segment en morceaux. La première analyse se passe au niveau de l'« épisode de conscience » (...) La seconde analyse découpe les épisodes continus de conscience en « moments présents » [nbdp : Dans les travaux de Santos (2000), ce que j'appelle « épisode de conscience » est baptisé « moment présent » et ce que j'appelle « moment présent » ici est baptisé « prise » comme au cinéma.]

(...) Plus fréquemment, chaque épisode de conscience contient plusieurs moments présents qui sont temporellement voisins. Dans ce cas, les limites entre moments présents voisins sont des changements notoires dans l'expérience. (Stern, 2003, pp. 267-268)

Dans notre travail, ce n'est pas le sujet mais le codeur qui décompose le segment (la séance) en « morceaux » en associant à chaque morceau une abréviation, renvoyant elle-même à un type de comportement ou d'action – prédéfini à l'avance – émis par l'acteur considéré (cf. I,2.3.).

Également, la double analyse fait écho à la nôtre : la première se veut pour nous quantitative et peut être rapprochée de l'« épisode de conscience » car cela renvoie dans notre analyse à coder du côté de l'observable à l'œil nu, dans l'idée de quelque chose qui pourrait être conscient chez tout à chacun après avoir été formé spécifiquement au codage ; notre seconde analyse renvoie davantage au qualitatif et s'éloigne donc du propos de Stern. Cela dit, une deuxième étape de la démarche de ce travail de recherche sera d'extraire des « cœurs de séance », dans l'idée donc d'une « découpe d'épisodes continus de conscience » telle une « prise » comme au cinéma.

Dans le second paragraphe, la coexistence de moments présents, « temporellement voisins » dit Stern, pour bien rendre compte de l'aspect successif des occurrences, peut être rapproché des actions et discours émis successivement par les acteurs dans notre analyse, ce que le logiciel ELAN permet de faire apparaître visuellement (cf. I,2.3.).

Concernant « la représentation graphique du segment analysé » (Stern, 2003, p. 268), un parallèle peut être établi avec les graphiques réalisables dans ce travail de recherche à partir des analyses statistiques possibles à partir du codage (donc de segments analysés).

En ce qui concerne les « traversées multiples de l'expérience pour la composition du "récit composite" » et « une dernière vérification sur la conscience » (Stern, 2003, pp. 268-269), nous pouvons très clairement mettre cela en lien avec, d'une part, les multiples re-visionnages des séances pour en arriver à un codage intégral, et d'autre part, le codage réalisé par trois personnes au total – deux codeurs et un « juge » comme dernier vérificateur (cf. I,3.3.1.).

Enfin, concernant les « estimation de durées » : « (...) On demande au sujet d'estimer en secondes la durée en temps réel de chaque élément (...) Nombre des expériences sont décrites comme momentanées ou aussi rapide que des éclairs » (Stern, 2003, p. 270).

Si le travail de Stern est basé sur des estimations demandées au sujet, ce travail de recherche en diffère strictement puisque le logiciel *ELAN* utilisé pour le codage permet de savoir avec grande précision (au dixième de seconde près) la durée d'une action. On pourrait quasiment parler de « micro-comportements » avec effectivement l'idée de comportements « aussi rapides que des éclairs », nécessitant souvent d'ailleurs de ralentir le rythme de visionnage de la séance filmée.

Avec son article de 1971 introduisant un dispositif inédit de séquences filmées puis micro-analysée, Daniel N. Stern a marqué l'histoire de la recherche dans le champ des interactions dyadiques bébé-parents. À la découverte de ses travaux pourtant inaugurés il y a plus de cinquante ans en arrière, si l'on met de côté les aspects techniques liés à l'évolution des dispositifs de filmage, les réflexions théorico-cliniques et de recherche de Stern se sont présentés à nous avec une limpidité, une cohérence et une actualité déconcertante.

Dans sa continuité, Beatrice Beebe, qui a étudié sous sa direction, semble assurer une magnifique relève, faisant honneur à la méthodologie de micro-analyse image par image telle que Stern l'a pensée autrefois.

2.2.3. Le « microscope social », la poursuite des travaux en micro-analyse par Beebe

Il n'était donc pas possible de conclure le riche enseignement qu'a pu apporter Stern, tant du côté clinique que du côté recherche, sans mentionner les travaux de Beatrice Beebe.

Aujourd'hui professeuse américaine de psychologie en psychiatrie au *College of Physicians & Surgeons* à *Columbia University* aux États-Unis, Beebe travaille toujours avec la méthodologie employée dans son travail de recherche de l'époque aux côtés de Stern.

2.2.3.1. Le Communication Sciences Lab à Columbia University

Beebe dirige aussi le *Communication Sciences Lab* au sein du Département de Psychiatrie, à *Columbia University*, à New-York, aux États-Unis.

La microanalyse vidéo et audio du comportement mère-enfant est au centre des préoccupations du laboratoire depuis quatre décennies, nous explique la page officielle du laboratoire⁴⁸. Si la communication en face à face mère-enfant est toujours étudiée, un intérêt est aussi porté au développement émotionnel et social du bébé, ainsi qu'à l'attachement, ce qui implique la considération d'autres variables chez les deux protagonistes comme les rythmes vocaux, les regards, les expressions du visage, le toucher, etc.

Le codage est désormais associé à des méthodes statistiques sophistiquées recourant à des analyses de séries chronologiques (*time-series analysis*) qui s'organisent en plusieurs niveaux et fonctionne comme ce que Beebe dénomme un « microscope social » (*Social Microscope*) (Beebe, 2014).

2.2.3.2. Micro-analyse et codage, un éclairage irremplaçable

En effet, pour Beebe, la microanalyse de films peut être définie comme un « microscope social » qui permettrait de voir des détails subtils des interactions, trop rapides et trop complexes pour être appréhendés à l'œil nu en temps réel (Beebe et al., 2016). Les événements de communication mère-bébé se produisant en moins d'une seconde (Beebe, 1982), c'est bien la microanalyse image par image (*frame-by-frame microanalysis*) qui permet

⁴⁸ Communication Sciences Lab, Columbia University (2020). *Communication Sciences Lab*. Consulté le 26/11/2020 sur <https://childadolescentpsych.cumc.columbia.edu/professionals/research-programs/communication-sciences-lab>

d'observer le dialogue instant par instant (*moment-by-moment dialogue*) entre les deux membres de la dyade.

Beebe nous rappelle une fois encore que le bébé n'ayant pas accès à la parole, nous devons essayer de comprendre le langage non verbal qu'ils nous donnent à voir, et ce langage non verbal mérite tout autant d'être étudié chez les adultes (Beebe & Lachmann, 2002, 2013).

Aujourd'hui, bien que la technologie nous facilite les choses, comparativement à la situation en 1969 lorsque Stern a investi le champ de la micro-analyse de films, Beebe (2014) confie que la méthode d'analyse de films image par image (*method of frame-by-frame analysis of film*) comporte cependant un avantage intéressant.

En effet, le fait d'être soi-même actif dans la manipulation du matériel (par exemple, le fait de manipuler la bobine de film) permettrait à notre corps de bouger – Beebe (2014) fait le lien avec la micro-analyse sur les séquences filmées de Stern – en écho avec à la fois le mouvement de la mère qui se rapproche du visage de son bébé, et le mouvement de la tête du bébé qui s'éloigne de la mère l'instant d'après. Beebe fait l'hypothèse que d'expérimenter cela, dans l'idée d'une forme de simulation incarnée, lui a permis de mieux comprendre « viscéralement » comment les mouvements pouvaient être ressentis par le bébé et par la mère. Exécuter l'action d'une autre personne influencerait sur la perception de la personne en train de la faire, en facilitant ainsi la reconnaissance (Oberman et al., 2007 ; Niedenthal et al., 2010 ; Beebe & Lachmann, 2013). Beebe (2014) confie également que la concernant, elle se sentait aussi participer à l'action par l'intermédiaire des mouvements de son corps lorsqu'elle codait.

Enfin, concernant la micro-analyse, Beebe (2005) explicite clairement comme cela peut être aidant dans les thérapies mère-bébé qu'elle mène. Elle relate par exemple le cas *Linda and Dan* (Cohen & Beebe, 2002) et la manière dont la micro-analyse a pu soutenir sa démarche de thérapeute auprès d'une mère, désespérée à l'idée que son bébé ne la regarde pas. En réalité, il pouvait arriver que le bébé regarde sa mère, mais celle-ci ne parvenait pas à y être attentive à ces moments-là. La micro-analyse lui a probablement permis de voir des choses auxquelles elle n'aurait pas pu avoir accès (ou peut-être que plus tardivement ?) autrement.

Beebe (2003) travaille d'ailleurs parfois avec l'utilisation du film comme *feedback* auprès des mères, leur proposant de visionner ensemble des extraits de séances, éclairé par une lecture psychanalytique, c'est-à-dire en associant le récit de l'histoire (*story*) tel qu'il a été présenté par la mère en séance, l'histoire visible sur la vidéo et l'histoire singulière du parent, du côté de l'éducation qu'il a reçu par exemple. La réassurance, du côté du renforcement positif, est également induite. L'idée est sans doute d'aider les mères à prendre conscience de certaines choses que seule la parole du thérapeute ne suffirait peut-être pas à soutenir... mais qu'en est-il des pères, ou des partenaires au sens large ?

2.2.3.3. Le “*gape smile*” (1973) et le “*Chase and Dodge*” (1977)

Nous l'avons dit, Beebe a réalisé son Doctorat (*Ph.D*) (au *New York State Psychiatric Institute*, à *Columbia University Medical School*) et son Post-Doctorat (*Postdoctoral Fellowship*) (au *NYSPI*) au côté du Professeur Stern.

Dans sa thèse de Doctorat en psychologie clinique et du développement, Beebe (1973) a présenté un cas d'étude basé sur la micro-analyse d'une dyade mère-bébé. Il se trouve qu'à l'époque de l'expérience menée par Stern que nous avons présentée (Stern, 1971/1983), ce dernier faisait appel à ses étudiants pour venir auprès des bébés qu'il suivait de manière longitudinale dans les dyades bébé-mère. Il leur demandait d'incarner une personne étrangère sous l'œil de la caméra afin de pouvoir observer comment les bébés réagissaient. Au cours de cette expérience, Beebe joue avec un bébé dont le visage se remplit de joie dans l'échange auprès d'elle – Beebe en vient même à avoir les larmes aux yeux confie-t-elle, tant ce bébé lui livre une réponse exquise. Beebe nommera plus tard cela le *gape smile* (que l'on pourrait traduire par « sourire bouche bée » en français) et le définira comme un sourire avec la bouche extrêmement ouvert (“*the hugely open-mouth smile*”), au sommet de l'affect positif, (“*the apex of positive affect*”) (Beebe, 1973) (cité par Beebe, 2014, p. 6).

La thèse de Doctorat de Beebe a ainsi porté sur la micro-analyse image par image de cette séquence en lien avec le processus de l'affect positif, comment il monte, descend et varie (avec la notion de *positive affect crescendo*). De manière très fine, Beebe s'intéresse ainsi aux niveaux d'intensités de l'affect qu'elle décompose et code en fonction du degré d'ouverture et d'élargissement de la bouche du bébé qui lui fait face.

Dans son Post-Doctorat (1973-1975), Beebe introduit la micro-analyse d'un film de 8 minutes image par image. Elle y identifie des séquences répétées dans lesquelles les mouvements de la mère s'inscrivent dans la « poursuite » (*chase*) (elle bouge sa tête et son corps en direction de là où le bébé s'oriente) et sont suivis de mouvements d'« esquive » (*dodge*) du bébé (qui déplace sa tête en arrière et s'éloigne). Ainsi, Beebe conceptualise le modèle du *Chase and Dodge* (Beebe & Stern, 1977 ; Beebe, 2014). Nous n'allons pas représenter les résultats que Stern (1971/1983) a mis en évidence, mais Beebe a bien souligné comme il s'agissait là de l'un des premiers exemples d'influence bidirectionnelle, avec l'idée que le comportement de chaque partenaire affecte celui de l'autre.

Beebe et Stern (1977) ont par la suite formulé l'idée d'un continuum d'expériences d'engagement et de désengagement qui se co-construit simultanément, plutôt que de considérer l'idée du bébé et de sa mère dans une union symbiotique, à laquelle ferait suite un bébé qui se différencie. Pour eux, le bébé expérimente continuellement l'idée d'« être avec » (*being with*) par l'intermédiaire de regards mutuels directs, de gradations d'affects positifs allant jusqu'à son niveau maximum avec l'émergence du *gape smile*... mais le bébé fait aussi, en même temps, l'expérience de formes de désengagements à des degrés divers, avec le fait de regarder ailleurs, d'orienter sa tête et son corps ailleurs qu'en direction de sa mère, etc. (Beebe, 2014).

Enfin, aidée par de nombreux étudiants, Beebe a pu par la suite mettre en évidence que son modèle *Chase and Dodge* observé à 4 mois était prédictif d'une forme d'attachement insécure à 12 mois : l'attachement résistant (*resistant attachment*) (Beebe et al., 2010).

2.2.3.4. “How I affect you,” and “how you affect me.” (2014)

Beebe insiste également sur l'aspect bidirectionnel et interactif du modèle à considérer lorsque l'on s'intéresse au système dyadique bébé-mère. Elle le métaphorise avec l'idée de « comment je t'affecte/t'influence » et « comment tu m'affectes/m'influences », même si les propos en français ne relatent pas l'exactitude du ressenti dans la version originale de “*how I affect you,*” and “*how you affect me.*” (Beebe, 2014, p. 6).

Cette prise de conscience n'a été possible qu'une fois le bébé considéré lui-même, comme membre tout aussi important que le(s) parent(s), et influençant le système au même titre qu'eux (Bell, 1968 ; Stone et al., 1973 ; Lewis & Rosenblum, 1974).

Pour Beebe, un article de 1988 publié par Jeffrey F. Cohn (professeur américain de psychologie et psychiatrie à *University of Pittsburgh*, aux États-Unis) et Edward Z. Tronick (psychologue du développement et professeur émérite d'université américain, aussi membre du *BCPSG* aux côtés de Stern) marque un tournant dans ces considérations. En effet, Cohn et Tronick (1988) recourent à une analyse des séries chronologiques (*time-series analysis*) et démontrent que les interactions mère-bébé sont en effet bidirectionnelles : les ajustements amenés par chaque membre de la dyade en réponse au comportement antérieur du partenaire sont étudiés « instant par instant » (Beebe, 2014). L'expression de Beebe prend ici tout son sens.

Le premier article de Stern (1971/1983) s'inscrivait déjà dans cette direction puisque Stern, nous l'avons vu, considérait que chacun des partenaires affectait l'autre. Il prenait aussi très clairement position en désignant l'interaction et ses régulations bidirectionnelles comme central dans la compréhension d'une relation (Beebe, 2014).

De plus, Stern démontrait bien comme, au-delà du fait que chaque partenaire affecte l'autre, chacun affecte l'autre de manière singulière : Mark et Fred, bien qu'ils soient jumeaux, interagissaient de manière totalement différente avec leur mère – et vice-versa.

Beebe a aussi travaillé aux côtés de Frank M. Lachmann, professeur américain, superviseur et membre de l'*Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity* à New-York, aux États-Unis, qui fut son superviseur à *Teachers College* pour sa dernière année d'internat clinique, en 1972. À ses côtés, Beebe se tourne davantage vers la théorie psychanalytique. Ensemble, ils publient de nombreux articles, notamment pour mettre en lumière les ponts existants entre la recherche dans le champ du bébé et la thérapie chez les adultes, mais aussi à l'égard des aspects interactifs du lien, thématique de recherche chère à Beebe. Beebe et Lachmann suggèrent ainsi que l'expérience sociale précoce soit organisée dans un cadre interactif (Beebe & Lachmann, 1988).

Nous faisons donc le constat que, dans l'étude approfondie des instruments comme dans les travaux de Stern, il existe bien des outils d'analyse de thérapie mais il ne semble pas exister d'outil directement applicable à notre contexte de thérapie bébé-parents. Pour répondre

à cela, nous avons donc utilisé ce qui existait déjà pour créer un codage avec pour objectif de démontrer les effets de ce type de thérapie.

Nous allons à présent nous pencher sur ce codage, mais avant cela, quelques éléments apparaissent importants à introduire.

3. ÉLABORATION DU « CODAGE »

Comme dit précédemment, bien que des instruments d'évaluation des interactions entre le bébé et ses partenaires existent – nous en avons présenté un certain nombre dans la partie précédente (cf. I,2.1.), aucune grille ne s'est révélée suffisamment satisfaisante pour répondre à l'ensemble de nos critères d'exigence (considération des acteurs bébé, partenaires, thérapeute, filmeur et du contexte ; contexte de thérapie ; sensibilité au retrait relationnel ; sensibilité psychanalytique). Ainsi, en prenant en considération les outils existants, nous avons élaboré un codage.

Dans cette partie, nous allons introduire successivement le cheminement de nos réflexions, les critères de sélection pour des extraits considérés « codables », mais aussi présenter la procédure de codage, avant d'en venir à la présentation du codage inédit. Des premières critiques empiriques sur le codage seront également introduites.

3.1. Réflexions relatives à la création d'un codage

La décision de créer un codage est évidemment allé de pair avec le surgissement d'un flot de questions, et celle-ci avant toutes les autres : Par où commencer ? Les considérations de Golse (2020c) évoquées en introduction de ce chapitre, relatives au fait d'essayer de rester ouvert et à l'écoute du bébé, s'illustraient pleinement. Nous avons là l'opportunité de créer un codage de toutes pièces, en disposant de références d'outils déjà existants, avec la liberté d'en ajouter, mais il fallait aussi en choisir un tant soit peu pour pouvoir nous guider dans la micro-analyse. Que souhaitions-nous observer ? La réponse n'était pas si évidente que cela.

Rapidement, l'une de nos craintes fut de se lancer dans la micro-analyse avec un codage insuffisamment abouti, nous amenant à passer à côté de trop de choses... Nous allions en « perdre », de toutes les façons. Comment coder de manière « concrète » des concepts psychanalytiques ? Assez rapidement s'est donc révélé à nous l'idée de travailler en deux temps : ce codage se devait d'être concret, observable en regardant les séances filmées, et dans un deuxième temps, nous pourrions réintroduire les théories psychanalytiques.

Pendant près d'un an, nous avons travaillé en équipe de recherche pendant de longues heures de *brain storming*, nous avons aussi visionné ensemble et individuellement de très nombreuses séances de thérapie bébé-parents, de différents bébés, à différents âges. Nous

avons enfin statué sur l'idée d'essayer de considérer le plus grand nombre d'items, quitte à en avoir trop et à les éliminer par la suite, après le codage d'un cas pilote.

Nous avons donc réfléchi au dispositif thérapeutique (cf. II,2.) : Qu'est-ce qui fait que ce dispositif thérapeutique « fonctionne » ? De quoi est-il concrètement composé ? Quels sont les outils que nous utilisons ? Comment décrire les interventions spécifiques du thérapeute ? Y en a-t-il que l'on peut identifier et qui, éventuellement, se reproduisent d'une séance à l'autre ? auprès d'un bébé à un autre ?

Au-delà du thérapeute, nos questionnements ont porté sur les différents acteurs. Qu'en est-il du bébé lorsqu'il présente un développement dit « typique » (cf. I,1.3.), que peut-on éventuellement observer chez lui ? et vis-à-vis des bébés en retrait relationnel que nous recevons dans ces thérapies, qu'est-ce qui fait leurs spécificités (cf. II,1.) ? Il a également fallu anticiper que ces bébés allaient grandir au fil de la thérapie, et ainsi envisager les mouvements et comportements qu'ils seraient en mesure de présenter du stade nourrisson jusqu'à l'âge d'environ 12 mois.

Pour les adultes de manière générale, il apparaissait évident que tous pouvaient agir auprès du bébé. Quel comportement de l'adulte en déclenchait éventuellement un chez le bébé ? Était-ce toujours le même ? Qu'en était-il si le bébé s'exprimait spontanément ? Que se passait-t-il avant ? et après ?

Pour que les comparaisons et les corrélations soient envisageables, il nous a fallu nous intéresser à des comportements, chez le bébé comme chez les adultes, potentiellement significatifs, c'est-à-dire se retrouvant un minimum d'une séance à l'autre. Pour les adultes, afin d'essayer d'uniformiser le codage, nous avons fait le choix d'envisager les mêmes possibilités d'action pour tous.

3.2. Critères de sélection des extraits codables

Pour qu'une séquence puisse être prise en considération dans le codage, nous avons identifié deux critères : le bébé doit être dans le champ de la caméra, et il doit être dans un état d'« éveil calme » (Prechtel, 1974).

3.2.1. Bébé dans le champ de la caméra

Pour qu'une séquence puisse être prise en considération dans le codage, le bébé (son regard, donc son visage) doit impérativement apparaître dans le champ de la caméra. Si un autre acteur est concerné par l'interaction qui est en train de se passer entre le bébé et cet acteur, il doit lui aussi figurer dans le champ filmé.

Par exemple, le thérapeute s'adresse au bébé en mamanais, il est impératif de voir à la fois le visage du bébé et celui du thérapeute qui s'adresse au bébé afin de pouvoir prendre en considération l'interaction qui est en train de se passer. Sans cela, l'extrait est codé « problème technique » (abréviation « PT ») et n'est pas exploitable.

3.2.2. Bébé au stade III sur l'échelle de Prechtl (1974)

Nous avons déjà mentionné les travaux de Prechtl (1974) relatifs aux états de vigilance chez le nouveau-né (né à terme), repris et étoffés par Brazelton (1992/1994).

Voici un tableau comparatif et explicatif relatant les considérations des deux auteurs :

Tableau 4. Recensement des états d'éveil du bébé selon Prechtl (1974) et Brazelton (1992/1994)

Stades selon Prechtl (1974)	États selon Brazelton (1992/1994)	Descriptions (Prechtl, 1974 par Challamel, 1989 ; Brazelton, 1992/1994)
Stade I Sommeil calme	État 1 Sommeil profond	Immobile, mouvements éventuellement légers ; visage peu expressif, pas de mimique sauf mouvements de succion ; yeux fermés ; respiration très régulière ; « état de protection », replié sur lui-même (Brazelton, 1992/1994, p. 93)
Stade II Sommeil agité	État 2 Sommeil léger ou paradoxal	Apparition de mouvements corporels fréquents, sursauts possibles ; visage parfois très expressif, multiples mimiques ; mouvements oculaires rapides ; respiration plus irrégulière ; rythme cardiaque un peu plus rapide ; « plus vulnérable aux influences extérieures », peut bouger en se contorsionnant (Brazelton, 1992/1994, p. 93)
/	État 3 État indéterminé (sommolence)	État de brève durée ; tortillements et mouvements avec sursauts ; visage renfrogné ; soulèvement puis refermeture des paupières ; geints ou pleurs possibles ; comportement qui paraît désorganisé ; « tentatives pénibles (...) pour atteindre un état plus organisé – sommeil profond ou état alerte » (Brazelton, 1992/1994, p. 94)
Stade III Éveil calme	État 4 État alerte, de veille complète	Moment d'éveil attentif ; mouvements contrôlés ; yeux grands ouverts ; respiration adaptée au stimulus (profonde si stimulus plaisant ; rapide si stimulus négatif) ; « le visage épanoui du bébé et ses yeux brillants montrent qu'il est tout à fait réceptif » (Brazelton, 1992/1994, p. 94)
Stade IV Éveil agité	État 5 État alerte, agité	Mouvements saccadés ; « lance pieds et mains dans toutes les directions » ; « son visage reflète son sentiment d'impuissance » ; respiration irrégulière ; se détourne des stimuli, s'agite, geint ; « il fait des tentatives inefficaces pour se contrôler » (Brazelton, 1992/1994, p. 94)
Stade V Pleurs	État 6 Les pleurs	Brazelton distingue différents cris : « 1) Un cri perçant, douloureux ; 2) un cri impératif – qui appelle l'urgence ; 3) un cri vague, creux, cri d'ennui ; 4) un cri rythmé, mais sans caractère d'urgence [bébé fatigué ou surchargé d'un excès de stimuli] ; mouvements dans tous les sens mais organisés malgré pleurs (Brazelton, 1992/1994, p. 95)

La notion de continuum est importante à garder à l'esprit : ainsi le bébé passe systématiquement d'un stade ou d'un état à un autre, même si parfois il peut arriver d'avoir la sensation de ne pas les observer.

Brazelton (1992/1994) souligne également que la manière dont le bébé passe d'un état à un autre est « l'un des meilleurs révélateurs de son tempérament » : « s'il est actif, nerveux, il entrera et sortira d'un état rapidement ; s'il est décontracté, le passage se fera lentement » (Brazelton, 1992/1994, p. 95).

Pour pouvoir procéder à la micro-analyse, nous souhaitons donc que le bébé soit en stade III, c'est-à-dire en « éveil calme » si l'on s'en réfère aux travaux de Prechtl (1974), ou en état 4, c'est-à-dire en « état alerte, de veille complète » si l'on s'en réfère aux travaux de Brazelton (1992/1994).

3.3. Procédure de codage

3.3.1. Trois chercheurs pour une séance micro-analysée

Un codage en double est proposé, c'est-à-dire qu'une première personne segmente et annote (code) une séance et une seconde n'en effectue que la partie annotation (le codage). La première personne a pour consigne de remettre sa version de codage segmentée vide (sans annotation) à la seconde personne afin que cette dernière puisse réaliser le codage à l'aveugle. Les binômes codeurs sont constitués de manière aléatoire.

Dans un second temps, les deux codages sont comparés par une tierce personne (nommée « juge ») et les items codés différemment sont discutés à trois, puis tranchés par la tierce personne en cas de désaccord. La troisième personne peut également amener des éléments n'ayant pas été repérés par les premiers codeurs. Dans tous les cas, l'échange à trois est indispensable pour qu'aucune décision n'émane que d'une seule personne. Le chercheur désigné « juge » l'est également de manière aléatoire.

Cela permet donc d'obtenir un unique codage pour chaque film (qui a donc été visionné et micro-analysé par trois personnes différentes).

3.3.2. Deux niveaux d'analyse

Nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, il apparaît difficile de faire une lecture unique pour étudier des comportements (registre de l'observable) et émettre des hypothèses psychanalytiques à ce sujet (registre du qualitatif). Nous avons donc fait le choix de différer dans le temps ces deux analyses, et ainsi identifié deux niveaux.

Lebovici et al. (1989) ont créé différents niveaux d'interaction, sans doute à la suite de ce même constat. Ils indiquent d'ailleurs après présentation de différentes grilles d'évaluation comme la prise en considération des trois niveaux de l'interaction telle qu'ils l'ont suggéré – comportemental, affectif et fantasmatique – est particulièrement difficile à réaliser dans une seule et même grille d'évaluation (Mazet et al., 1989).

3.3.2.1. Premier niveau : quantitatif et analyses statistiques

Le premier niveau d'étude renvoie à ce qui relève du champ de l'observable pur. Toute personne lambda, formée à ce codage, devrait être capable et ce, même sans sensibilité particulière à la psychanalyse, de reproduire ce niveau de codage. Ce niveau renvoie donc à des aspects quantitatifs : combien de fois les comportements émergent-ils, pendant combien de temps, etc.

3.3.2.2. Second niveau : qualitatif et hypothèses psychanalytiques

Le second niveau d'analyse renvoie à champ autre puisqu'il permet, à partir du premier niveau, de (re)faire le lien avec les hypothèses psychanalytiques. L'aspect qualitatif et la singularité d'une prise en charge, notions chères à la psychanalyse, peuvent ici à nouveau être considérés.

Présentons et développons à présent chacun des items que nous avons créés. Ils sont au nombre de 261 et se répartissent en trois catégories d'acteurs : le bébé, les adultes (qui incluent thérapeute, mère, père et filmeur) et le « contexte ». Le contexte est considéré comme un acteur du point de vue du logiciel puisqu'une ligne sur le logiciel *ELAN* lui est consacrée. Certains items tombent sous le sens et ne sont donc pas paraphrasés.

3.4. Codage pour l'acteur « bébé »

Pour le bébé comme pour les adultes et le contexte, à chaque étiquette de comportement définie (à chaque item) est associée une abréviation. Cela est indispensable pour pouvoir renseigner sur le logiciel *ELAN*. Il est impératif de respecter ces abréviations choisies, sinon le logiciel ne pourra pas comptabiliser les étiquettes correctement et les statistiques seront faussées.

Intéressons-nous à présent aux items introduits pour le bébé. Nous les avons classés en différentes thématiques.

3.4.1. Le regard

3.4.1.1. Regarde envers un adulte (abréviations « regX », « regDX »)

REGARD ENVERS LE THÉRAPEUTE
Regarde le thérapeute (abréviation « regT »)
Regarde en direction du thérapeute (abréviation « regDT »)
REGARD ENVERS SA MÈRE
Regarde sa mère (abréviation « regM »)
Regarde en direction de sa mère (abréviation « regDM »)
REGARD ENVERS SON PÈRE
Regarde son père (abréviation « regP »)
Regarde en direction de son père (abréviation « regDP »)
REGARD ENVERS LE FILMEUR
Regarde le filmeur (abréviation « regS »)
Regarde en direction du filmeur (abréviation « regDS »)

Si la distinction entre un regard du bébé adressé et un regard en direction de quelqu'un semble assez évident lorsque l'on assiste à une séance de thérapie bébé-parents et que l'on est formé à ce type de pratique, en revanche, au visionnage d'un film de séance, les choses sont absolument différentes. Cette subtilité n'est pas toujours évidente et nous statuons donc sur le fait que pour qu'un regard puisse être codé « regarde l'adulte » et non pas « regarde en direction de l'adulte », il doit apparaître à l'écran, dans le cadrage, à la fois le bébé et l'adulte concerné pour bien visualiser les deux regards qui se croisent.

Si le bébé regarde dans la direction de l'adulte mais que la caméra n'a pas été positionnée de manière idéale et que le film ne permet pas de dire clairement si le regard du bébé vient s'accrocher dans celui de l'adulte (dit autrement, s'il est adressé) ou si un doute subsiste, c'est le codage regarde en direction qui l'emporte.

Si le bébé est de dos, si le cadrage du film n'est pas satisfaisant, ou si seul le bébé apparaît à l'écran (il en est souvent le cas), alors aucun regard ne peut être codé et c'est le terme « PT » (problème technique) qui doit être renseigné. Cette remarque est valable même si un adulte énonce une phrase validant le fait que le bébé regarde car ce travail d'analyse des films se veut objectif.

3.4.1.2. Regarde un objet (abréviation « regO »)

Ce type de regard concerne un objet au sens large : cela peut être naturellement un jouet mais également un objet du quotidien (la table, le fauteuil) ou plus inhabituel (une statue, une peinture, lorsque le bébé va attraper et regarder avec insistance une partie du vêtement de l'adulte), hormis la caméra puisqu'un codage spécifique existe.

3.4.1.3. Regarde la caméra (abréviation « regC »)

Bien que la subtilité entre « regarde la caméra » et « regarde la personne qui filme » puisse sembler subtile, l'expérience en tant que « filmeur » permet de se positionner clairement sur le sujet. Le regard du bébé lorsqu'il regarde la caméra apparaît à l'écran comme si le bébé nous regardait, nous personne en train de reVISIONNER ce film. Lorsque le bébé regarde la personne qui filme en revanche, ce n'est pas le même type de regard qui apparaît à l'écran puisqu'on voit assez nettement son regard dévier vers le haut ou le côté, en fonction d'où se situe le filmeur. Souvent, lorsque le bébé le regarde, le filmeur se met à parler au bébé, ce qui peut aider pour percevoir où il se situe précisément par rapport à la caméra.

3.4.1.4. Regarde ailleurs (abréviation « regaill »)

Cet item renvoie à lorsque le regard n'est pas adressé à quelqu'un. Cela peut être ce que nous appelons un regard qui « plafonne » (le bébé regarde le plafond), cela peut aussi être le bébé qui regarde dans le vide.

3.4.1.5. Détourne activement le regard (abréviation « détreg »)

Pour pouvoir coder cet item, il est indispensable de percevoir un mouvement actif de détournement de regard de la part du bébé, c'est-à-dire un mouvement de tête volontaire pour échapper à ce qu'il advenait devant lui. Par exemple, le bébé regarde en direction d'un adulte et l'adulte cherche à croiser le regard du bébé qui subitement trouve un intérêt pour un jouet et tourne activement la tête pour échapper au regard de l'adulte. Si le bébé tourne simplement la tête, ce codage ne peut pas être sélectionné.

La séquence codée « détourne activement le regard » est très courte, elle ne renvoie qu'à ce moment de détournement actif de la tête. Si ensuite le bébé se met à regarder ailleurs pour échapper à un regard attendu de sa part par exemple, il convient de passer sur l'étiquette « regarde ailleurs ».

3.4.1.6. Ferme les yeux (CF. Hypersensibilité) (abréviation « fermY »)

Il s'agit d'un clignement, d'un plissement des yeux dans le sens d'une hypersensibilité ressentie par le bébé et donc visible pour nous. Par exemple, un bruit fort retentit à l'extérieur du bureau et le bébé prend peur, il peut cligner fort des yeux tant il est surpris.

Le fait que le codage ne soit pas énoncé pour la fermeture des yeux au sens strict laisse déjà présager une interprétation. Nous y reviendrons dans la partie consacrée aux critiques du codage (cf. I,3.7.).

3.4.1.7. Attention conjointe (abréviation « attC »)

Cet item est le dernier apparu dans le codage lorsque des membres de l'équipe de recherche ont commencé à coder la dernière séance d'un cas pilote. À cette dernière séance, le bébé est désormais une petite fille et est capable de produire de l'attention conjointe, ce dont elle n'était pas en mesure de faire auparavant.

L'étiquette « attention conjointe » vient donc signifier que le bébé, l'enfant, regarde donc un objet, puis l'adulte, puis un objet. Mais n'est-ce pas finalement déjà une interprétation ? Cet item ne fait-il pas doublon avec l'observation consécutive de regarde l'objet / regarde l'adulte / regarde l'objet à nouveau ? Nous y reviendrons (cf. I,3.7.).

3.4.3. L'oralité

3.4.3.1. Sourires

3.4.3.1.1. *Sourires adressés (abréviation « sourX»)*

SOURIRES ADRESSES...
...au thérapeute (abréviation « sourT »)
... à la mère (abréviation « sourM »)
... au père (abréviation « sourP »)
... au filmeur (abréviation « sourS »)

Généralement, un sourire adressé est combiné avec un regard adressé. Il peut être codé ainsi s'il apparaît dans le champ visuel à la fois le bébé adressant un sourire et l'adulte à qui il est destiné.

3.4.3.1.2. *Sourires non adressés (abréviation « sour »)*

Il s'agit d'un sourire qui n'est pas adressé à l'un des adultes présents dans la séance.

3.4.3.2. Repérage de reflux (abréviation « refl »)

Les RGO pouvant faire partie de la vie du bébé, il nous est apparu important de les considérer.

3.4.3.3. Tétine (abréviation « tét »)

Il apparaît important de coder l'item « tétine » pour plusieurs raisons. D'une part parce que le bébé qui tète sa tétine peut ne pas être en mesure d'adopter certains autres comportements du type sourire ou vocalisation par exemple. Un bébé auquel on fait de jolis éloges qui ne sourit pas ou ne vocalise pas en retour lorsqu'il a une tétine en bouche ou non n'aura pas la même valeur.

D'autre part, parce que l'approche en sensori-motricité nous apprend que lorsqu'un bébé a une tétine en bouche, cela lui permet le rassemblement. Il fait ainsi l'économie d'une dépense d'énergie à lutter contre le flux gravitaire décrit par Bullinger et peut être davantage disponible pour la relation.

3.4.3.4. Tire la langue (abréviation « tirlX»)

TIRE LA LANGUE...
...au thérapeute (abréviation « tirlT »)
... à la mère (abréviation « tirlM »)
... au père (abréviation « tirlP »)
... au filmeur (abréviation « tirlS »)

Ces items ont été ajoutés car le bébé du cas pilote (cf. III.) emploie ce type de comportement avec sa mère et la thérapeute. Un véritable jeu en questions/réponses s'amorce entre elles et il semblait important de pouvoir l'exploiter.

3.4.4. S'offrir à l'autre, le temps du « se faire »

PAR LE REGARD > SE FAIRE REGARDER
Auprès du thérapeute (abréviation « sfregT »)
Auprès de la mère (abréviation « sfregM »)
Auprès du père (abréviation « sfregP »)
Auprès du filmeur (abréviation « sfregS »)

PAR LA VOIX > SE FAIRE ENTENDRE
Auprès du thérapeute (abréviation « sfenT »)
Auprès de la mère (abréviation « sfenM »)
Auprès du père (abréviation « sfenP »)
Auprès du filmeur (abréviation « sfenS »)

PAR SON CORPS > SE FAIRE EMBRASSER
Auprès du thérapeute (abréviation « sfembT »)
Auprès de la mère (abréviation « sfembM »)
Auprès du père (abréviation « sfembP »)
Auprès du filmeur (abréviation « sfembS »)

PAR UN OBJET
Auprès du thérapeute (abréviation « sfoT »)
Auprès de la mère (abréviation « sfoM »)
Auprès du père (abréviation « sfoP »)
Auprès du filmeur (abréviation « sfoS »)

Cette partie du codage est celle qui demeure « psychanalytique », elle renvoie au temps *du se faire* décrit par Lacan (1964/1973). Le bébé, dans différents registres, se positionne

comme « éminemment actif ». Acteur du lien à l'autre, il cherche à attirer l'attention de l'autre et provoque la relation de son initiative. C'est bien cela que l'on cherche chez les bébés en retrait relationnel pour être enfin rassuré sur leur trajectoire développementale.

Ainsi, le bébé peut « se faire regarder » (pulsion scopique) s'il vient faire des pirouettes devant l'adulte pour attirer son attention par exemple, il peut « se faire entendre » (pulsion invoquante) s'il appelle lorsqu'un adulte parle à un autre adulte par exemple, il peut « se faire embrasser » (pulsion orale) lorsqu'il se cambre pour offrir son petit ventre ou tend son petit pied ou sa main pour se faire bisouiller.

3.4.5. Le langage

3.4.5.1. Vocalise (abréviation « voc »)

Cet item est considéré lorsque le bébé émet une vocalise, comme son nom l'indique. Il s'agit de voyelles seules.

3.4.5.2. Babillage canonique (abréviation « baca »)

Ces items sont pensés de manière évolutive, afin de prendre en considération l'évolution du langage du bébé selon son âge. Le babillage dit « canonique » renvoie ainsi à des syllabes répétées type « bababa », « tatata » que l'on observe chez le bébé à partir du 6^{ème} mois environ. Ce sont des syllabes constituées de consonnes et de voyelles tandis qu'auparavant, c'était soit l'un, soit l'autre. Nous l'avons déjà développé précédemment (cf. I,1.3.2.4.).

3.4.5.3. Babillage « coupé » (abréviation « bacou »)

Nous avons proposé un babillage considéré « coupé » lorsque le bébé produit des syllabes et des pauses. Nous l'avons également abordé précédemment (cf. I.,1.3.2.4.).

3.4.5.4. Premiers mots (abréviation « mot »)

Comme son nom l'indique, cet item est considéré lorsque le bébé énonce un mot identifiable de tous.

3.4.5.5. Pleure (abréviation « pleu »)

Là aussi, cet item est assez intuitif, il est codé lorsque le bébé pleure.

3.4.5.6. Geint (abréviation « gein »)

Cet item est codé lorsque le bébé geint, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un petit pleure plaintif, souvent en lien avec un inconfort ou une douleur.

3.4.6. La motricité

3.4.6.1. Offre l'objet

OFFRE L'OBJET...

...au thérapeute (abréviation « offroT »)

... à la mère (abréviation « offroM »)

... au père (abréviation « offroP »)

... au filmeur (abréviation « offroS »)

Cet item est considéré lorsque le bébé offre un objet à un adulte. Il faut qu'apparaisse dans le champ visuel à la fois le bébé, l'objet et l'adulte à qui il l'offre.

3.4.6.2. Pointe

3.4.6.2.1. *Pointe proto-impératif (abréviation « poindem »)*

Ce pointage correspond au premier type de pointage qui apparaît chez l'enfant, lorsque ce dernier pointe afin d'obtenir quelque chose. Il pourrait être traduit par un « je veux » ou « donne-moi ».

3.4.6.2.2. *Pointage proto-déclaratif (abréviation « poinPD »)*

Ce pointage apparaît dans un second temps, lorsque l'enfant pointe un objet pour échanger autour de celui-ci, au sens de « regarde ». Cet item est particulièrement important car c'est ce type de pointage qui est décrit comme absent dans les recommandations officielles, type HAS, définissant les Troubles du Spectre Autistique (TSA).

3.4.6.3. Fait un mouvement/geste

3.4.6.3.1. En réponse à quelque chose (abréviation « mvtrép »)

Cet item correspond à lorsque le bébé fait un mouvement en réponse à quelque chose qui s'est passé avant. Le bébé n'est pas à l'initiative de ce type de mouvement, ou alors il l'a été avant et le reproduit.

3.4.6.3.2. En imitation (abréviation « imi »)

Comme son nom l'indique, le bébé imite un mouvement réalisé par un adulte.

3.4.6.3.3. Spontanément (abréviation « mvtS »)

Cette fois en revanche, c'est le bébé qui est l'initiateur du mouvement, il fait spontanément quelque chose.

3.4.6.4. Sursaute (abréviation « surs »)

Comme son nom l'indique, le bébé sursaute à la suite d'un bruit par exemple.

3.4.6.5. Fait tomber l'objet (abréviation « tombo »)

Comme son nom l'indique, le bébé fait tomber un objet.

3.5. Codage pour les acteurs « adultes » : thérapeute, mère, père et filmeur

Naturellement, nous avons identifié « mère » et « père » puisque c'est la configuration que nous rencontrons la plus souvent, mais elle est remplaçable par n'importe quel partenaire du bébé.

La personne qui filme que nous avons choisi de nommer « filmeur » dans ce travail de recherche dispose de l'abréviation « S » puisque c'est très souvent un/e stagiaire du thérapeute.

Dans le codage tel qu'il a été pensé, une fiche récapitulative de codage est suggérée pour chacun des acteurs. Certains items sont présentés ici différemment pour éviter la redite mais ils demeurent inchangés. Naturellement, l'item de l'acteur concerné n'apparaît pas sur sa fiche propre puisqu'il ne peut pas effectuer d'action envers lui-même.

Par ailleurs, avant même de commencer le codage d'un premier cas clinique, il semble fort probable que certains items ne seront pas utilisés, mais ils doivent exister pour chaque acteur adulte de manière identique afin que la possibilité reste considérée.

3.5.1. La parole

3.5.1.1. Adressée à une personne

PAROLE ADRESSÉE AU BEBE
En mamanais (abréviation « mmnB »)
Sans mamanais (abréviation « parleP »)
PAROLE ADRESSÉE AU THÉRAPEUTE
En mamanais (abréviation « mmnT »)
Sans mamanais (abréviation « parleT »)
PAROLE ADRESSÉE A SA MÈRE
En mamanais (abréviation « mmnM »)
Sans mamanais (abréviation « parleM »)
PAROLE ADRESSÉE A SON PÈRE
En mamanais (abréviation « mmnP »)
Sans mamanais (abréviation « parleP »)
PAROLE ADRESSÉE AU FILMEUR
En mamanais (abréviation « mmnS »)
Sans mamanais (abréviation « parleS »)

Il s'agit de l'adulte s'adressant au bébé ou à un autre adulte en mamanais ou sans mamanais. La notion de mamanais sera présentée de manière détaillée ultérieurement (cf. II,1.2.2. ; II,2.4.1.3.). Indiquons simplement que cela renvoie à cette oscillation de la voie dû à une combinaison de surprise et plaisir.

3.5.1.2. À la place du bébé

PAROLE A LA PLACE DU BEBE
En mamanais (abréviation « placeBmmn»)
Sans mamanais (abréviation « placeB »)

Cet item est un peu plus spécifique, il renvoie lui aussi à du mamanaïs ou à une prosodie plus classique, mais s'en distingue car c'est le moment où l'adulte va parler à la place du bébé. Par exemple, le thérapeute peut dire « Oh moi je l'aime ma maman, j'aime boire son bon lait ».

3.5.1.3. Amplifie le son du bébé (abréviation « ampB »)

Cet item consiste en un son émit par l'adulte pour venir amplifier un son que le bébé a produit tout doucement, parfois de manière à peine audible. Par exemple, lorsque le bébé est nourri au sein ou au biberon, il n'est pas rare de l'entendre se délecter par un petit « emmh », « emmh » (que nous codons comme une vocalisation). Très souvent dans ces moments, l'adulte (le thérapeute) peut reprendre le bruit plus fort : « emmh, emmh », c'est une amplification.

3.5.1.4. Tire la langue

TIRE LA LANGUE...
...au bébé (abréviation « tirlB »)
...au thérapeute (abréviation « tirlT »)
... à la mère (abréviation « tirlM »)
... au père (abréviation « tirlP »)
... au filmeur (abréviation « tirlS »)

Comme son nom l'indique, cet item est codé lorsqu'un adulte tire la langue. Cet item peut surprendre mais il existe assez souvent des scènes où le bébé et l'adulte vont se tirer la langue, à tour de rôle, un peu comme un jeu de questions/réponses.

3.5.2. Le chant

CHANTE...
...au bébé (abréviations « chaB » et « chaBg »)
...au thérapeute (abréviation « chaT »)
... à la mère (abréviation « chaM »)
... au père (abréviation « chaP »)
... au filmeur (abréviation « chaS »)

Cet item correspond au moment où un adulte chante. Lorsque c'est à l'égard du bébé, nous distinguons lorsque ce chant est accompagné de gestes de lorsqu'il ne l'est pas. Ce type de gestes renvoie aux mimes en lien avec une comptine.

3.5.3. La motricité

3.5.3.1. Offre un objet

OFFRE UN OBJET...
...au bébé (abréviation « offoB »)
...au thérapeute (abréviation « offoT »)
... à la mère (abréviation « offoM »)
... au père (abréviation « offoP »)
... au filmeur (abréviation « offoS »)

Cet item correspond, comme son nom l'indique, à lorsqu'un adulte offre un objet au bébé ou à un autre adulte.

3.5.3.2. Pointe (abréviation « poi »)

Il s'agit ici de l'action de pointage du côté de l'adulte. L'item est prévu pour pouvoir coder les moments éventuels de questions/réponses entre le bébé et l'adulte.

3.5.3.3. Touche

Touche...
... le bébé (abréviation « touB »)
... le thérapeute (abréviation « touT »)
... la mère (abréviation « touM »)
... le père (abréviation « touP »)
... le filmeur (abréviation « touS »)

Pour cet item, il s'agit, comme son nom l'indique, de moments où l'adulte touche le bébé ou un autre adulte.

3.5.3.4. Donne un rythme corporel (abréviation « berB »)

Cet item renvoie à ce que l'on appelle dans le langage commun un « bercement ». L'adulte a donc le bébé dans les bras et le berce tout tranquillement. Parfois, un chant de la part de l'adulte peut arriver en même temps, mais cet item est bien différencié d'un chant avec gestes (ici, il ne s'agit pas de mimes d'une comptine).

3.5.3.5. Prend bébé dans les bras (abréviation « brasB »)

Cet item est codé pour indiquer seulement le moment où le bébé est pris dans les bras, dans le sens d'une action de transition. Si après cela, le bébé est gardé dans les bras de l'adulte, cet item prend fin, et c'est à la ligne contexte que nous indiquons cette information sur un plus ou moins long terme.

3.5.3.6. Installe l'arrière-fond du bébé (abréviation « apdB »)

L'installation d'un « arrière-fond » pour le bébé renvoie à la « mise en forme » décrite par Bullinger dans l'approche sensori-motrice. Elle sera davantage explicitée lors de la présentation des outils de notre dispositif (cf. II,2.4.1.6.). Cela signifie concrètement que le bébé d'avoir l'arrière de sa tête, sa nuque, son dos et son bassin qui trouvent un appui.

Cet item est à considérer si un adulte installe l'arrière-fond du bébé, dans le sens d'une démarche consciente. C'est-à-dire que l'adulte va prendre le temps d'organiser l'environnement pour le bébé. Par exemple, il peut prendre des coussins et les façonner pour que le bébé puisse y trouver un appui dos confortable lui permettant d'être davantage disponible pour l'échange. En revanche, si l'adulte prend le bébé dans les bras et lui offre un arrière-fond avec ses bras, ce n'est pas cet item qui est considéré.

3.5.4. Les rires

3.5.4.1. Avec prosodie du mamanais (abréviation « rimmn »)

Nous renvoyons à nouveau à la présentation du mamanais (cf. II,1.2.2. ; II,2.4.1.3.) Cet item est considéré lorsque l'adulte émet un rire avec cette tonalité du mamanais suggérant surprise et plaisir.

3.5.4.2. Nerveux (sans mamananais) (abréviation « riner »)

Comme son nom l'indique, cet item est considéré lorsque l'adulte produit un rire « nerveux », sans mamananais donc.

3.5.4.3. Rit (plus classique) (abréviation « rit »)

Idem, cet item est considéré comme son nom l'indique lorsque le rire de l'adulte ne semble pas « nerveux » mais ne prend pas non plus de teneur en mamananais.

3.5.5. Les pleurs

PLEURE...

... de joie (abréviation « pleuj »)

... de tristesse/désespoir (abréviation « pleutr »)

Comme leur nom l'indique, ces items sont considérés lorsque l'adulte pleure de joie ou de tristesse.

3.5.6. Le regard

REGARD ENVERS LE BEBE

Regarde le thérapeute (abréviation « regB »)

Regarde en direction du thérapeute (abréviation « regDB »)

REGARD ENVERS LE THÉRAPEUTE

Regarde le thérapeute (abréviation « regT »)

Regarde en direction du thérapeute (abréviation « regDT »)

REGARD ENVERS SA MÈRE

Regarde sa mère (abréviation « regM »)

Regarde en direction de sa mère (abréviation « regDM »)

REGARD ENVERS SON PÈRE

Regarde son père (abréviation « regP »)

Regarde en direction de son père (abréviation « regDP »)

REGARD ENVERS LE FILMEUR

Regarde le filmeur (abréviation « regS »)

Regarde en direction du filmeur (abréviation « regDS »)

REGARD ENVERS UN OBJET (abréviation « regO »)

REGARD ENVERS LA CAMERA (abréviation « regC »)

REGARD AILLEURS (abréviation « regail »)

Comme cela a été développé pour les regards émis par le bébé (cf. I,3.4.1.), ces items relatifs au regard comportent les mêmes caractéristiques. Cette fois ci, ils sont à considérer pour les adultes.

Les étiquettes de codage relatives au bébé et aux adultes étant définis, intéressons-nous à présent à la dernière ligne codée pour chaque séance filmée, celle relative au contexte.

3.6. Codage pour la ligne « contexte »

Cette ligne de codage revêt un intérêt tout à fait particulier. En effet, bien qu'il ne s'agisse pas d'un acteur à proprement parlé, il semblait indispensable de référer à un endroit spécifique le contexte de chaque scène qu'il se produit en séance car l'ensemble des comportements des acteurs étant possibles ou non en dépend. Par exemple, lorsque le bébé dort, il semble évident qu'il ne puisse pas regarder ou vocaliser auprès d'un adulte, et cela n'a pas la même valeur qu'une absence de regard ou de vocalisation si le bébé est éveillé.

3.6.1. Au sol (ou ailleurs)

SITUATION DE BEBE AU SOL

Rampe (abréviation « ramp »)

4 pattes (abréviation « 4p »)

Sur le dos (abréviation « dos »)

De manière assez intuitive, on comprend la signification de ces items : le bébé est au sol et il rampe, il fait du quatre pattes ou bien il est sur le dos.

3.6.2. Dans les bras

Ces items ont été pensés en référence à l'approche en sensori-motricité de Bullinger.

3.6.2.1. Dans les bras avec arrière-fond (abréviation « brasarrf »)

Le bébé est donc dans les bras d'un adulte et dispose d'un arrière-fond : arrière de la tête, nuque, dos, bassin. Par exemple, c'est le cas lorsque le bébé est porté avec le bras de l'adulte dans son dos, sa tête calée dans le pli du coude et ses fesses plus ou moins dans la main de l'adulte (cf. position d'allaitement de la « madone »).

3.6.2.2. Dans les bras avec avant-fond (abréviation « brasavf »)

Le bébé est là encore dans les bras de l'adulte mais il dispose cette fois-ci d'un avant-fond, c'est-à-dire d'un appui sur l'avant de son corps. Par exemple, c'est le cas lorsque l'adulte porte le bébé face à lui en lui mettant une main sous la fesse pour que le bébé puisse être soutenu.

3.6.2.3. Portage (sans arrière-fond ni avant-fond) (abréviation « port »)

Cet item est considéré lorsque le bébé n'a aucun arrière ou avant-fond et est donc simplement « porté ». Cela inclus les bébés tenus sous les aisselles, y compris si le bébé est assis sur les genoux de l'adulte, face à lui (il n'a donc pas d'appuis dos au sens strict, même si les mains de l'adulte le maintiennent pour qu'il ne tombe pas).

3.6.3. Dans le transat ou installation (abréviation « instal »)

Nous nous référons là encore à l'approche sensori-motrice de Bullinger. Ici, le bébé se trouve donc dans un transat ou en « installation », ce qui veut dire avec un arrière-fond fabriqué pour lui, par exemple avec l'aide d'un coussin d'allaitement.

3.6.4. Change (abréviation « change »)

Comme son nom l'indique, le bébé est changé par un adulte. Cet item renvoie à toute la durée pendant laquelle le bébé a les fesses à l'air. Même si l'action du change en soi (déchabiller le bébé, enlever la couche, nettoyer les fesses) peut être terminée, si le bébé reste

un petit peu les fesses à l'air ou en couche, nous continuons à considérer ce moment comme faisant partie intégrante du change.

3.6.5. Nourrissage

NOURRISSAGE...

... dans les bras avec arrière-fond (abréviation « nourarrf »)

... dans les bras avec avant-fond (abréviation « nouravf »)

... sans arrière ou avant-fond (abréviation « nour »)

Une fois encore, nous nous référons à l'approche sensori-motrice de Bullinger. Il s'agit des mêmes distinctions que celles décrites lorsque le bébé est dans les bras (cf. I,3.6.2.) mais il s'y ajoute la dimension nourricière (au sein, au biberon, à la cuillère).

3.6.6. Poussette (abréviation « pouss »)

Comme son nom l'indique, le bébé est dans sa poussette. En général, ce moment peut arriver en début ou en fin de séance.

3.6.7. Bébé dort (abréviation « dort »)

Comme l'indique clairement le nom de cet item, il est codé lorsque le bébé dort. Cet item a une importance tout à fait particulière, comme cela a déjà été mentionné, car un bébé qui dort signifie bien qu'il ne peut pas être en mesure de faire d'autres actions (regarder l'adulte, vocaliser à son égard, échanger avec lui finalement).

3.6.8. Miroir (abréviation « mir »)

Cet item est considéré lorsque le bébé se regarde dans le miroir, seul ou avec un (des) adulte(s).

3.6.9. Appareillage (abréviation « app »)

Cet item a été pensé pour les moments où le bébé est « appareillé ». Certains bébés que nous recevons doivent en effet porter un appareil médical. Par exemple, lorsqu'ils présentent une dysplasie de hanche ou alors lorsque des facteurs de surdité sont en cause.

Ce codage a donc été testé sur un cas clinique appelé cas pilote, présenté dans le dernier chapitre (cf. III). Toutefois, dès le début du codage de ces séances, avant même d'en être à l'analyse statistique finale, de nombreuses remarques et limites sont apparues. Essayons de faire un premier point ici.

3.7. Premières critiques empiriques sur le codage

3.7.1. Une première proposition de codage trop longue et parfois incomplète

Nous l'avons dit, les craintes de l'équipe de recherche d'oublier des items essentiels nous ont amené au choix de construire initialement un long codage afin de balayer tous les comportements nous semblant possibles de la part de chacun des acteurs. Cette longue liste d'items est aussi liée au fait que le bébé grandit pendant le déroulé de la thérapie. Par exemple, concernant le langage du bébé, il y a ainsi les possibilités de « vocalisation », « babillage canonique », « babillage coupé » puis « premiers mots ». Dans le contexte, nous avons proposé les items « rampe », « 4 pattes », « sur le dos » qui traduisent aussi le développement ordinaire psychomoteur du bébé.

Bien que nous ayons pris un temps considérable à créer ce codage, et nourrit nos réflexions en regardant des extraits aléatoires de séances de thérapies bébé-parents comme nous l'avons dit, quelques items mériteront tout de même d'être complétés. D'une part donc, le codage est incomplet sur certains points – ces points seront développés après présentation du cas clinique (cf. III,5.).

Finalement, à trop avoir peur d'y perdre, peut-être n'avions-nous pas suffisamment remis au cœur de nos préoccupations le fait que ce codage devait être utile, en premier lieu et avant tout, pour mettre en évidence les effets de la thérapie bébé-parents. L'acteur qui nous préoccupe le plus au sein de ces séances de thérapie est avant tout le bébé... Sachons y

revenir dans des moments comme celui-ci, car c'est de lui que part et pour lui que s'oriente la thérapie.

Ainsi, si le bébé n'est pas en lien direct avec l'action qui est en train de se passer ou s'il n'apparaît pas à l'écran par exemple, il y a peu d'intérêt à coder la séquence. De même, lorsqu'un long passage consiste en un discours d'adulte à adulte, il peut en effet être intéressant de le coder puisque cela signifie bien que les adultes ne sont pas en train de s'adresser à l'enfant, et si dans ce contexte l'enfant s'exprime, cela peut être considéré comme un appel (et donc comme éventuellement relatif à un troisième temps du circuit pulsionnel, ce qui est au cœur de notre travail de recherche). Toutefois, il n'y a peut-être pas d'intérêt à coder à la microseconde prête quel adulte parle à quel adulte, qui répond, etc. Idem pour les regards entre adultes, il est légitime d'interroger l'utilité pour cette recherche de coder dans les moindres détails si l'adulte regarde un autre adulte dans les yeux ou en sa direction par exemple.

3.7.2. Un codage malgré tout subjectif

Rapidement, nous nous rendons compte que le codage reste subjectif. Les variations interindividuelles nous sautent aux yeux lors de nos échanges quotidiens, alors que nous sommes tous plus ou moins sensibilisés à la méthodologie.

Il apparaît essentiel de rappeler qu'ayant d'emblée conscience de cette subjectivité, nous avons essayé de « contrôler » cet aspect autant que faire se peut. Nous étions neuf chercheurs pour coder ce cas pilote (cf. III.). Nous l'avons présenté dans la procédure de codage (cf. I,3.3.), pour chacune des 9 séances micro-analysées, le matériel était manipulé par trois chercheurs (le codeur 1 segmente et annote ; le codeur 2 annote à partir des segmentations vierges ; le chercheur « juge » vérifie, compare les différents de codages et tranche en cas de désaccord). Les trinômes étaient établis de manière aléatoire. Il est ainsi ressorti 9 micro-analyses de séances dites « définitives », travaillées par trois personnes différentes à chaque fois.

3.7.3. Un codage déjà interprétatif

Le codage sensé comporter des items « objectifs » c'est-à-dire observables par quelqu'un de non sensible à la psychanalyse que nous formerions au codage spécifiquement, ne l'est pas tout à fait.

Prenons par exemple la liste d'items du bébé intitulé « s'offrir à l'autre, le temps du “se faire” » (cf. I,3.4.3.). Le titre à lui seul traduit le décalage avec l'objectivité de rigueur. Nous avons fait le choix de maintenir cette liste d'items impérativement lors de l'élaboration du codage... mais ne nous situons nous pas déjà dans le registre de l'interprétation ?

Il semblait en effet difficile de laisser totalement de côté la théorie psychanalytique, même un instant. Lorsque nous sommes psychanalystes ou d'approche psychanalytique, nos concepts nous rassurent et nous y tenons. Le quantitatif renvoie une certaine inquiétude du côté de la perte trop importante du qualitatif, comme si nous n'allions pas rendre hommage à la finesse et à la qualité de l'enseignement psychanalytique... Cependant, il faudra sans doute bien l'accepter si l'on veut pouvoir mieux y revenir par la suite.

3.7.4. Premières recommandations pour un codage optimisé

Voici une première ébauche de recommandations pour tendre vers un codage optimisé. Ces recommandations seront complétées à la fin du chapitre suivant, une fois le cas pilote présenté et analysé (cf. III,3.3. ; III,4.3. ; III,5.).

Les items qui constituent le codage doivent être impérativement travaillés et individuellement pensés, minutieusement et spécifiquement, en gardant à l'esprit l'objectif de départ, à savoir : la mesure des effets de la thérapie bébé-parents dans le cas où les bébés présentent un retrait relationnel.

Il s'agit aussi d'organiser tant que possible les items pour les regrouper, pour chaque acteur, au sein de différents registres, comme nous avons essayé de le faire.

Le codage ne doit être composé que d'items « objectifs » donc observables par tous, c'est-à-dire par des personnes « non-experts » de la discipline qui pourraient coder les séances de films, à condition d'être formés spécifiquement au codage.

Un entraînement spécifique sur des extraits de séances sélectionnés au préalable (et considérés comme objectivement codables) avec l'équipe de codeurs au complet est de rigueur. Nous l'avons fait, mais à différents temps de la recherche où l'équipe n'était pas encore constituée des neufs chercheurs codeurs que nous sommes actuellement.

Je fais partie de l'équipe de recherche depuis sa création en 2015, j'ai donc participé non seulement à la création intégrale du codage, mais aussi à l'arrivée des uns et des autres dans l'équipe. Chacun a été sensibilisé au codage par un membre de l'équipe, mais cette méthode peut expliquer de fait les différences inter-individuelles dans la compréhension globale des différentes étiquettes du codage. La question de la diffusion du codage à des chercheurs en dehors de notre équipe de recherche, et de la formation à celui-ci, se pose clairement.

Quoi qu'il en soit, pour éviter une dispersion dans les interprétations de codage, il apparaît intéressant qu'une seule et même personne code intégralement (segmentation et annotation comprises) toutes les séances d'un cas clinique. L'idéal serait même que plusieurs personnes codent intégralement un même cas.

Si l'on conserve la « stratégie » de codage que nous avons mise au point, il faudrait donc qu'une seule et même personne segmente et annote toutes les séances et, à partir de cette segmentation, proposer l'annotation à plusieurs personnes (tout en maintenant pour le second codeur la possibilité de modifier les segments en cas de désaccord).

Enfin, un comité de « juges » unique composé de plusieurs personnes serait idéal pour trancher entre premier et second codages afin d'obtenir, comme il en sera le cas avec notre cas pilote, un codage unique pour chaque séance.

Nous arrivons à la fin de notre premier chapitre. Pour pouvoir mesurer les effets de la thérapie bébé-parents d'approche psychanalytique, nous suggérons d'en passer par la micro-analyse. Avant de pouvoir en arriver là, il nous a fallu étudier différents paramètres. Il est ainsi apparu essentiel de s'intéresser non seulement au bébé lui-même, que nous avons décrit comme un individu à part entière, doté de « potentiels » dès son arrivée parmi nous (peut-être

même d'ailleurs dès sa constitution in-utero). En effet, le bébé constitue notre intérêt clinique et de recherche, et c'est bien autour de lui que nous nous réunissons en thérapie bébé-parents. Cependant, il n'eut pas été possible d'étudier le bébé sans étudier également ceux que nous avons nommé les « partenaires » (Lebovici et al., 1989) de celui-ci, ainsi que les liens, que nous avons nommé « interactions » (Lebovici et al., 1989), pouvant éventuellement advenir entre eux.

Un détour par la micro-analyse de films de séances de thérapie fut aussi essentiel, à la fois pour introduire les instruments d'évaluation de ces interactions qui existent déjà, et ainsi prendre inspiration pour la création de notre propre codage, mais aussi pour rappeler comment la micro-analyse peut s'articuler dans le champ psychanalytique, avec l'introduction des travaux du psychanalyste Daniel N. Stern notamment.

Après cela seulement, nous avons pu introduire l'élaboration de notre codage, créé spécifiquement pour étudier la thérapie bébé-parents d'approche psychanalytique, et présenté de manière inédite dans ce travail de thèse.

Ce codage implique nécessairement d'être testé sur un cas clinique pour pouvoir déployer son utilité, mais aussi nous permettre de l'améliorer. Le bébé désigné « cas pilote » que nous avons sélectionné pour ce faire, est un bébé présentant un retrait relationnel. Avant d'en arriver à la micro-analyse de ce cas clinique, il convient donc de s'intéresser tout particulièrement à l'échantillon duquel ce cas est issu, au dispositif thérapeutique, mais aussi aux spécificités des bébés en retrait relationnel, tant dans la manière dont elles s'expriment que dans la manière de les prendre en charge au sein des thérapies bébé-parents.

CHAPITRE II
COHORTE DE BÉBÉS SUIVIS EN THÉRAPIE
« BÉBÉ-PARENTS »

Il convient de préciser davantage ce que nous nommons un bébé en « retrait relationnel ». En introduction, nous avons pris position à ce sujet, et indiqué notre choix de parler en termes de « retrait relationnel », plutôt que de « risques d'autismes ». En effet, il nous apparaît davantage pertinent d'évoquer les bébés en fonction de ce qu'ils nous donnent à voir, « dans l'ici et maintenant » de la séance, pour reprendre les termes freudiens.

Le bébé en retrait relationnel éprouve de la difficulté à être « acteur » du lien à l'autre. Ce n'est pas la seule particularité qu'ils nous donnent à voir, et nous verrons qu'il en existe d'autres.

Si au moment où nous les rencontrons, nous préférons parler de « retrait relationnel » pour ces bébés, il n'en reste pas moins que l'autisme peut être, parmi d'autres, une trajectoire « développementale » possible pour eux. Cela fait bien écho à la notion de « risques d'autismes », qui suppose qu'il n'y a pas de certitudes, et le retrait relationnel n'en reste qu'un des facteurs possibles.

Dans un second temps, nous évoquerons le dispositif thérapeutique spécifique à ces bébés en retrait relationnel. Nous nous intéresserons à ce que proposent les autres thérapeutes, d'approche psychanalytique ou non, puis introduirons le *setting*, la méthode et les outils cliniques et thérapeutiques que nous proposons d'utiliser.

Enfin, nous introduirons et analyserons la cohorte des 99 bébés reçus par M-C. Laznik en thérapie bébé-parents filmées entre 2008 et 2016, cohorte dont est issue le cas pilote que nous présenterons au chapitre III.

1. LES SPECIFICITES DU BEBE PRESENTANT UN « RETRAIT RELATIONNEL »

Très tôt, il est attendu du bébé qu'il exprime spontanément son intentionnalité d'être en relation avec l'autre. Il arrive pourtant que certains bébés le fassent d'une manière qui ne corresponde pas à cette attente. Il est ainsi possible de parler d'une « non-rencontre ». C'est le cas notamment des bébés que nous recevons en thérapie bébé-parents et que nous proposons d'étudier spécifiquement dans cette recherche. Pourquoi ces bébés ne le peuvent-ils pas ? Comment l'identifier, et comment le prendre en charge, lorsque dans une société comme la nôtre, le lien à l'autre est encore vu comme indispensable pour souhaiter exister et avoir une place ?

Il convient d'ores et déjà de rappeler que chaque bébé, peu importe ses conditions, et donc y compris ceux-ci, peut nous parler et nous dire quelque chose, même si le lien n'est pas possible dans un premier temps... À nous d'aller les rencontrer, de les observer, et de les écouter.

1.1. Définition et choix des termes

1.1.1. Les « risques d'autismes »

Plusieurs appellations existent dans la revue de la littérature, comme, par exemple, le terme de « bébés autistes ». À ce sujet, notre positionnement est catégorique : il n'est pas entendable de l'employer. En effet, un bébé ne peut pas, par définition, être autiste, puisque les signes nous permettant de poser le diagnostic d'autisme ne sont pas identifiables auprès d'un bébé. Ce dernier est en cours de constitution psychique, il s'agit d'un processus en mouvement.

La grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017) est l'outil principal à ce sujet, et nous permet de statuer non pas sur l'état du bébé, mais plutôt sur un repérage de risques afin que des prises en charge éventuelles puissent s'organiser. C'est par son intermédiaire que la notion de *risque* prend sens : il s'agit bien d'une éventualité parmi d'autres et, encore une fois, le destin du bébé n'est pas tracé. Dans cette optique, les expressions « bébé à risque d'autisme » (Laznik, 2007, 2010, 2013 ; Laznik & Chauvet, 2016 ; Ekizian et al., 2017) ou

« bébé à risque autistique » (Delion, 1998/2012) sont employés de manière équivalente. S'ils peuvent apparaître davantage satisfaisants, ils ne le sont pas encore complètement.

Il apparaîtrait plus juste de parler de « risques d'autismes » au pluriel, en référence aux travaux de Marie-Dominique Amy, psychanalyste française et ancienne Présidente de la CIPPA, qui suggère de parler « des autismes » (Amy, 2014). En effet, il existerait autant de formes d'autismes que de personnes autistes ; c'est d'ailleurs bien cette même idée d'une pluralité, d'un continuum, qui ressort dans l'appellation des « Troubles du *Spectre* Autistique ». Dans cette même lignée, il y aurait donc autant de manières d'exprimer des « risques d'autismes » que de bébés en présentant, dans l'idée que chaque bébé est unique, et c'est ce terme que nous proposons de retenir.

Il convient aussi de s'intéresser au terme retenu en anglais dans la littérature. Il semble que "*at Risk for autism*" n'existe pas, l'expression employée étant plutôt "*at Risk for Autism Spectrum Disorder(s)*", littéralement « à risque de Trouble(s) du Spectre Autistique ». Selon que l'on mentionne *disorder* ou *disorders*, la question du singulier ou du pluriel peut se poser. Si l'on s'en réfère au DSM 5 auquel on doit le terme d'ASD, le terme est défini comme "*Autism Spectrum Disorder*", avec *disorder* au singulier. Comme bien souvent les chercheurs n'explicitent pas et mentionnent seulement "*At Risk for ASD*" (Jones et al., 2017 par exemple), il y a fort à parier qu'il s'agisse de *disorder* au singulier.

Il convient de rappeler qu'en fonction de qui mentionne le terme de « risque(s) d'autisme(s) », la définition n'est pas toujours rigoureusement identique. Ainsi, là où tous les auteurs semblent d'accord pour mentionner par exemple l'item « frère ou sœur d'autiste » comme facteur de « risques d'autismes » (Ozonoff et al., 2011), d'autres facteurs sont eux plus discutés, voir absents de certaines considérations.

En revanche, dans l'ensemble des études, nous pouvons toujours retrouver les mêmes types de facteurs : les facteurs relatifs à la génétique et les facteurs relatifs à l'observation du bébé.

1.1.2. Le « retrait relationnel »

En France, le concept de « retrait relationnel précoce » est largement décrit par Antoine Guedeney (entre autres, pédopsychiatre français, professeur des universités et chef du service

de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris) et son équipe. Afin d'évaluer le retrait relationnel chez le bébé entre 0 et 24 mois, ils ont mis au point une échelle d'observation appelée « Alerte Détresse bébé » (ADBB) (Guedeney & Fermanian, 2001 ; Guédeney et al., 2001 ; De Rosa et al., 2010 ; Guedeney et al., 2013 ; Smith-Nielsen et al., 2018).

Guédeney et son équipe proposent de le définir ainsi :

Le retrait est défini comme « l'action de se replier sur soi, de se rétracter comme pour se défendre, préserver sa personnalité » [Le nouveau Petit Robert, 2002, p. 2950]. Le retrait relationnel précoce est un symptôme qui existe constamment dans les syndromes dépressifs, l'autisme et les troubles précoces de l'attachement, ou comme conséquence de troubles sensoriels. Il est donc un élément important du répertoire sémiologique précoce. (Guédeney et al., 2004, p. 1047)

Si l'on se base sur la définition de Guédeney et al. (2004), un enfant autiste est forcément en retrait relationnel « précoce », introduisant ainsi par extension le facteur « retrait relationnel » comme obligatoire dans les « risques d'autismes ». Si l'on s'en tient à cette considération, un bébé ayant un aîné autiste, s'il ne présente pas de retrait relationnel, ne peut pas être considéré à « risques d'autismes ».

Dans la même lignée, Laznik (2018) suggère qu'une rencontre avec le bébé puisse confirmer ou infirmer des « risques d'autismes » dû à un facteur génétique – par exemple aîné(s) autiste(s) – grâce à ce facteur d'observation. Cependant, selon elle, le facteur d'observation ne se limite pas au retrait relationnel – elle y ajoute le troisième temps du circuit pulsionnel (Laznik, 2000). Il convient donc de souligner que la notion de risques est toujours relative aux facteurs étudiés et uniquement à ceux-ci.

Par ailleurs, les auteurs évoquent qu'un retrait relationnel puisse arriver dans plusieurs situations psychopathologiques précoces et renvoyer à un trouble relationnel ou organique auquel s'associe une douleur intense et durable (Guédeney et al., 2004).

Le retrait relationnel « bref » peut être considéré comme un phénomène normal dans l'interaction bébé-parent, dans l'idée d'un rôle de régulateur (Keren et al., 2001). C'est donc l'intensité et la durabilité du retrait relationnel qui devront alerter.

Si le terme de « retrait relationnel » sera utilisé dans cette thèse de doctorat, il semble important de préciser que ce terme englobe sans doute d'autres éléments qui dépassent la

problématique des « risques d'autismes ». Par exemple, un bébé présentant un état dépressif pourrait présenter un retrait relationnel sans pour autant présenter des « risques d'autismes ».

À l'inverse, chez certains auteurs (par exemple, Laznik, 2018), un bébé à « risques d'autismes », du fait d'avoir un aîné autiste, peut ne pas présenter de retrait relationnel, nous y reviendrons.

1.2. Le potentiel d'être acteur de la relation à l'autre

1.2.1. Quand le bébé « flirte » avec nous

Gopnik et al. (1999/2005) avancent que le bébé dispose d'une manière privilégiée d'être en contact avec les êtres humains. L'imitation est un recours parmi d'autres, nous l'avons mentionné dans la présentation des « capacités » cognitives du bébé (cf. I,1.3.2.1.5.), mais un autre élément nous intéresse davantage.

Les chercheurs dévoilent un bébé séducteur, disant que le bébé « flirte » littéralement avec l'autre (Gopnik et al., 1999/2005). Lorsque l'on s'adresse au bébé, celui-ci peut être attentif puis se mettre à gazouiller pour nous répondre. Il peut répondre à nos gazouillis par des gazouillis, à notre sourire par un sourire, ou bien répondre sur un (des) autre(s) registre(s), de façon multimodale. Le bébé s'accorde à nous, nous nous accordons à lui, ce qui rejoint l'idée du *shared program* décrit par Stern (1977/1981) ou de la « valse » (*waltz*) (Stern, 1971/1983 ; Beebe, 2017).

Finalement, « flirter est en grande partie une question de rythme » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 51), et il n'y a qu'à observer deux personnes flirter au cours d'une soirée pour remarquer l'harmonisation de leurs gestes pour être en phase l'une avec l'autre, la parole n'étant même pas indispensable.

Bien entendu, chaque bébé est unique, et certains bébés se révèlent moins séducteurs que d'autres. Il arrive aussi que certains bébés flirtent moins, ou que le partenaire ne reconnaisse pas sa façon de « flirter ».

Ainsi, un bébé est considéré en retrait relationnel lorsqu'il apparaît difficile de se mettre en contact avec lui. Si cela peut se manifester par le fait que le bébé ne regarde pas son(ses) partenaire(s), nous savons aujourd'hui que ce signe n'est pas suffisant pour statuer sur des « risques d'autismes » grâce à l'étude des films familiaux. En effet, à Pise, en Italie, à la

Fondation *Stella Maris*, l'équipe du Professeur Filippo Muratori et Sandra Maestro dont nous avons déjà mentionné les travaux (cf. I,2.1.7.) ont demandé aux parents d'enfants autistes de faire don de leurs films familiaux tournés lorsque les enfants étaient encore bébés – avant de savoir ce qu'il arriverait par la suite à leurs enfants. Il faut dire que le fait que les familles italiennes aient grandement recours au film – la caméra étant offerte comme cadeau de naissance depuis que les jeunes générations ont quitté le domicile familial dans les années 1990 – a bien aidé les chercheurs.

En effet, les études rétrospectives réalisées à partir de ces films familiaux ont été nombreuses (Muratori et al., 2005 ; Saint-Georges et al., 2010 ; Saint-Georges et al., 2011 ; Mahdhaoui et al., 2011 ; Saint-Georges, 2013 ; Cohen et al., 2013 ; Costanzo et al., 2015 ; Chericoni et al., 2016) et ce matériel est toujours utilisé dans le champ de la recherche autour des bébés à « risques d'autismes », du mamanais, et des signes prédictifs d'autisme.

Ainsi, il a été mis en évidence que les bébés qui regardaient leurs parents n'étaient pas exemptés d'être diagnostiqués autistes par la suite.

1.2.2. Mamanais et bébés dits « trompe-l'œil »

Pour le dire brièvement, le mamanais désigne un langage adopté spontanément lorsque l'on s'adresse à un bébé (Mehler & Dupoux, 1990/2006). Face à l'émerveillement ressenti à l'égard du bébé, tout un chacun peut en effet moduler sa voix de manière spontanée : le ton monte, parfois jusqu'à plus d'une octave, l'intonation est plus mélodieuse, le débit est ralenti et les voyelles sont exagérément allongées.

À ce stade, le mamanais nous intéresse pour indiquer comme il peut participer à la duperie lorsque l'on se trouve face à un bébé à « risques d'autismes ».

Il convient bien entendu de le développer en détails, mais nous le ferons au moment de la présentation des outils cliniques et thérapeutiques utilisés au sein de la thérapie bébé-parents (cf. II,2.4.1.3.).

1.2.2.1. Découverte de l'insuffisance du regard comme signe prédictif

L'étude des films familiaux des bébés italiens diagnostiqués autistes plus tard a permis de démontrer que même ces bébés-là avaient eux aussi la capacité de répondre parfois au mamanaï⁴⁹. Personne n'aurait parié en les voyant à l'époque qu'ils seraient diagnostiqués autistes quelques années plus tard : ils regardaient leurs parents, parfois même ils souriaient et gazouillaient.

Comme tous, ces bébés sont donc « équipés » pour traiter la voix humaine et répondre à l'autre mais en revanche, et les films familiaux le confirment, ces bébés ne suscitent pas la relation. En cela, le mamanaï se fait complice d'une certaine forme de duperie à l'égard de l'entourage familial et professionnel.

À l'égard d'un bébé ayant induit en erreur le personnel de la crèche, les psychologues de la structure l'ont surnommé le « bébé trompe-l'œil ». Ce bébé – appelé Catarina dans la littérature – a également trompé la thérapeute qui la suivait en thérapie (Laznik & Chauvet, 2016), probablement du fait d'un retrait relationnel non manifeste. En effet, ces bébés « trompe-l'œil » portent parfaitement bien leur nom puisque, du fait de répondre au mamanaï par des regards ou des sourires, sont capables de donner le change et peuvent nous induire en erreur et ce, même lorsque nous sommes sensibilisés à cette question (Laznik & Chauvet, 2016).

Saint-Georges (2011) explique que ces bébés ont bien des « pré-compétences relationnelles », mais il semblerait qu'ils les utilisent insuffisamment. C'est bien le fait d'être acteur de la relation qui compte, nous ne le dirons jamais assez.

1.2.2.2. “Regulation Up” : l'intuition des partenaires sur l'état du bébé

Il est très important de dire que les partenaires du bébé ont, pour la grande majorité, tous commencé par s'adresser à leur bébé en mamanaï, y compris les parents des bébés diagnostiqués plus tard autistes (Cohen et al., 2013).

⁴⁹ Marie Nilles effectue une thèse de doctorat à ce sujet et s'intéresse au mamanaï, au regard et au toucher dans le cas des thérapies bébé-parents (Co-tutelle entre l'Université de Paris et l'Université Catholique de Louvain en Belgique, thèse en préparation, espéré nov. 2022).

De manière tout à fait légitime, ces parents qui voient leur bébé leur échapper (ne leur adressant pas de regard, ne s'adressant pas à eux) se découragent et s'inquiètent, de manière consciente ou inconsciente.

En analysant des séquences interactives extraites de films familiaux d'enfants autistes lorsqu'ils étaient âgés de moins de 18 mois, Saint-Georges et al. (2011) ont mis en évidence un processus particulièrement intéressant.

Il semblerait que, comparativement aux parents de bébés au développement « ordinaire », les parents des bébés plus tard diagnostiqués autistes sollicitent de manière intense le bébé sur différents registres sensoriels : majoritairement sur le plan auditif (en s'adressant énormément à eux), mais aussi, surtout au premier semestre sur le plan tactile (Cohen et al., 2013)⁵⁰.

Ces sollicitations intenses multimodales sont appelées *Regulation Up*, elles visent à moduler l'excitation et l'humeur du bébé par l'excitation. Il existe aussi la régulation inverse, pour calmer le bébé (*Regulation Down*) (cf. Échelle ICBS, Muratori et al., 2011 ; I,2.1.7.).

L'étude de Cohen et al. (2013) considère le même matériel de films familiaux de bébés italiens diagnostiqués plus tard autistes, et nous enseigne encore davantage. Les auteurs confirment que les parents de ces bébés-là modifient leur modèle de comportement interactif.

Un regard particulier est aussi porté aux réponses parentales. Il est mis en évidence une différence significative entre les vocalisations maternelles et paternelles de manière générale : les mères auraient plus souvent recours au mamanais (que les auteurs nomment « parentais ») (40% à 60%) que les pères (15% à 20%) (Cohen et al., 2013).

Il convient de dire que lorsqu'un bébé se développe selon les attentes que l'on formule à son égard, il y a *à priori* de moins en moins besoin pour les parents d'avoir recours au mamanais puisque le bébé se manifeste par lui-même – il y a donc moins besoin de capter son attention et le mamanais s'estompe « naturellement », pour disparaître lorsque le bébé est reconnu par l'autre comme un sujet parlant (Parlato-Oliveira, 2019). Que le bébé connaisse un

⁵⁰ Dans leur micro-analyse des films familiaux, Saint-Georges et al. (2011) ont intégré dans le codage du comportement du *caregiver* la stimulation du bébé pour attirer son attention par l'intermédiaire : a) du toucher (*touching*), b) d'une vocalisation (*vocalization*) en lui parlant, en l'appelant par son prénom, en attendant de lui un comportement particulier, c) par les gestes (*gesturing-showing*).

destin autistique ou non, le mamanais des mères considérées dans l'étude diminue avec le temps (Cohen et al., 2013).

En revanche, concernant les pères, l'étude de Cohen et al. (2013) met en évidence que si la proportion de recours au mamanais diminue entre le premier et le deuxième semestre de vie du bébé, il y a une recrudescence au troisième semestre. Bien que cette période corresponde aux 12-18 mois du bébé – ce qui nous positionne à la limite de notre sujet d'étude – cela est très intéressant à relater. En effet, comparativement aux pères dont les bébés connaîtront un développement ultérieur « ordinaire », les pères des bébés qui seront diagnostiqués autistes manifestent des comportements de type *Regulation Up* avec un recours au mamanais important et qui perdure dans le temps, doublant quasiment les proportions : de 40% à 70% de mamanais en *Regulation Up* vs 20% à 40% sur l'ensemble des vocalisations.

L'hypothèse des auteurs est que les pères seraient moins « affectés » par la non-réponse du bébé, leur permettant ainsi de maintenir leur mamanais dans le temps, mais aussi, et cela est très précieux dans notre clinique, de jouer un rôle de soutien auprès des mères (Cohen et al., 2013). Sans doute sont-ils saisis sur des plans différents, nous aurons l'occasion d'y revenir.

Du côté de la mère de ces bébés qui ne sont pas dans le lien, il semble qu'au fil du temps, ce soit davantage une altération qualitative du mamanais qui se produise (Saint-Georges et al., 2011). Il convient bien entendu de rappeler que ces vocalisations parentales, pour les pères comme pour les mères de ces bébés-là, sont significativement corrélées au manque de *feedback* du bébé (Cohen et al., 2013 ; Saint-Georges et al., 2011).

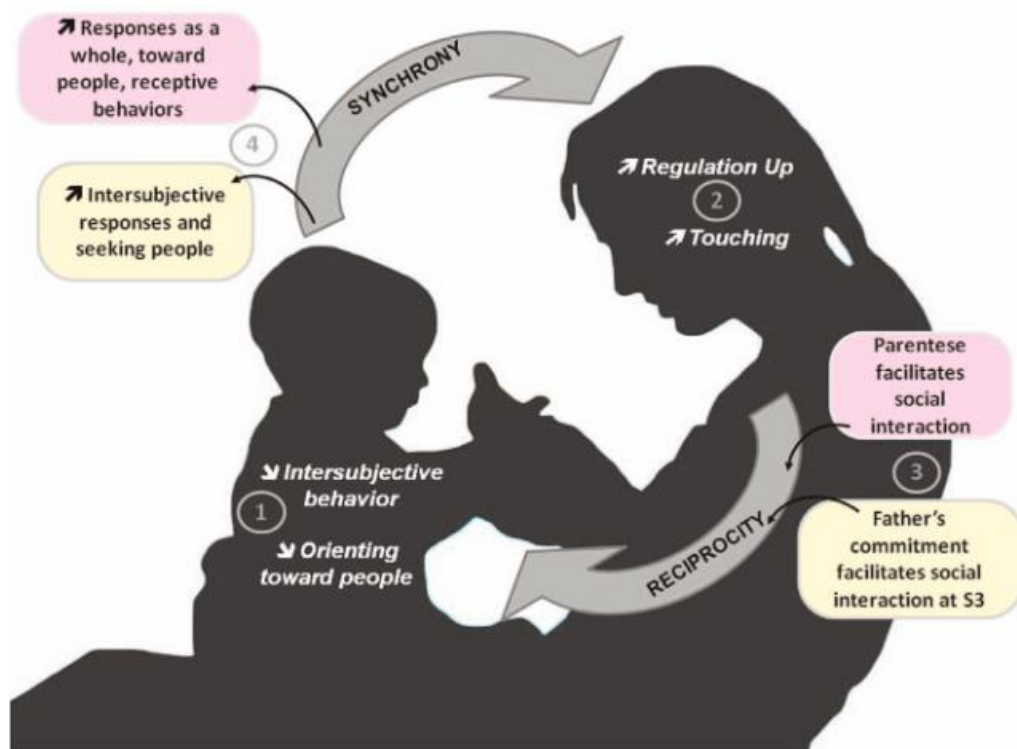


Figure 4. Bébés qui développeront plus tard un autisme
 Trajectoire pathologique des comportements du bébé et des changements dans les stimulations
 (Schéma extrait de Cohen et al., 2013, p. 8)

Ce schéma extrait de l'article de Cohen et al. (2013) est particulièrement éclairant et reprend ce que nous venons de dire. Il illustre l'interaction très tôt entre le bébé qui sera, lorsqu'il grandira, diagnostiqué autiste et ses parents.

Face à un bébé qui ne communique pas (moins/pas de comportements intersubjectifs (*intersubjective behavior*) et moins/pas d'orientation vers les personnes (*orienting toward people*)) [1], les parents vont répondre par un recours à davantage de *Regulation Up* [2] et de toucher (*touching*) [2]. Le phénomène de *Regulation Up* est composé majoritairement de « parentais » (*parentese*) [3], nous l'avons dit, et ceci est lié de manière significative au niveau global de réponses du bébé, notamment les réponses du bébé aux vocalisations parentales impliquant une orientation vers les personnes et des comportements réceptifs [4].

Au troisième semestre, par rapport aux bébés au développement ordinaire, les pères de bébés qui seront plus tard diagnostiqués autistes semblent s'engager davantage [3], et leurs vocalisations sont significativement associées aux réponses intersubjectives (*intersubjective responses*) du bébé et à la recherche de personnes (*seeking people*) [4] (Cohen et al., 2013).

Saint-Georges et al. (2011) insistent sur le fait que l'intuition des parents doit être prise en considération, car bien avant le diagnostic d'autisme qui n'arrivera que des mois (voire des années) après, les parents semblent capables de ressentir (même s'ils ne le verbalisent pas forcément) ce manque « d'initiative interactive et de réactivité » de la part de leur bébé. Cette intuition des parents peut être transmise aux professionnels lors d'un échange oral, ce qui les amène parfois à venir nous consulter, mais aussi, en tant que professionnels, devrions nous porter un regard attentif à ce « style hyper-stimulant » (*hyper-stimulating style*) des parents envers leur bébé. L'hypothèse des auteurs est que cette attitude tout à fait particulière trahirait la présence d'un « bébé sous-actif » (*under-active baby*) qu'il faudrait stimuler.

Lorsque les bébés arrivent en thérapie accompagnés de leurs partenaires, il est possible de voir ces derniers avoir recours au *Regulation Up* : ils appellent énormément le bébé par son prénom, lui demandent de regarder, et éventuellement pourquoi il ne regarde pas et ce qu'il se passe, le touchent énormément, claquent des doigts autour de son visage, tapent des mains devant ses yeux, font des bruits de bouche ou de langue pour essayer d'attirer son attention, etc. Peut-être cherchent-ils par tous les moyens à faire venir désespérément à eux ce bébé qui ne vient pas... Tous ces phénomènes de *Regulation Up* peuvent envahir le bébé qui, s'il présente une haute sensibilité, peut alors d'autant plus se renfermer.

Dans d'autres cas, les partenaires du bébé semblent déjà avoir cessé ce *Regulation Up*. La stimulation du bébé diminue (*Regulation Down*), voir s'éteint... mais n'est-il pas moins douloureux de ne pas obtenir de réponse parce que l'on n'en a pas demandé, plutôt que de se confronter à un ultime refus du bébé d'en donner une ? « La mère s'arrangera ensuite pour toujours présenter l'enfant dos contre elle s'épargnant ainsi la terrible scène du refus du fils. Il faut survivre. Ne pas poser de question est une excellente façon d'éviter le silence de la non-réponse » (Laznik, 2006, p. 56).

L'idée n'est en aucun cas d'émettre un jugement sur le comportement des partenaires, mais plutôt d'inviter à la prise de conscience de cet indice non négligeable de l'état de la situation et de la temporalité dans laquelle le bébé et ses partenaires se trouvent au moment où ils viennent nous rencontrer.

1.2.2.3. Mise en garde des professionnels de « première ligne »

Il apparaît important de mettre en garde les professionnels appelés de « première ligne » qui rencontrent fréquemment ces bébés accompagnés de leurs partenaires. Nous pensons ici – mais il n’y a pas qu’eux – aux pédiatres, médecins de PMI, de crèche et plus largement aux professionnels de la petite enfance.

Lorsqu’un professionnel non sensibilisé à cette question reçoit un bébé en consultation et s’adresse à lui en mamanais – sans même en avoir conscience – le bébé peut potentiellement le regarder. En effet, ces professionnels ne sont pas inquiets pour le bébé qu’ils voient arriver. Il suffit que ce dernier les charme par l’une de ses qualités (et des qualités, tous les bébés en ont !) pour qu’une prosodie de mamanais émane de la bouche du professionnel. C’est alors le piège qui se referme sur les professionnels car ces bébés-là ayant, comme tous les bébés, la capacité de regarder et de répondre au mamanais, les professionnels peuvent se faire duper. Alors que les partenaires du bébé peuvent décrire un bébé qui n’est pas dans le lien, qui ne les regarde pas et qui les inquiète, les professionnels peuvent parfois assister à une toute autre observation avec un bébé qui peut présenter son plus beau *areuh* et regarder dans les yeux. Le risque est alors que la faute soit reportée sur les partenaires du bébé. Pourtant, toute la subtilité est là : le bébé répond mais n’initie pas. En cela et comme nous l’avons dit, le signe du regard n’est pas suffisant, mais en plus il est trompeur.

Voilà les partenaires du bébé que nous récupérons parfois, des mois plus tard, abîmés, perdus, face à ce corps médical qui n’a rien vu et pire encore, qui les a peut-être incriminés. Bien au contraire, c’est justement parce qu’ils se sont inquiétés de voir leur bébé évoluer ainsi qu’ils ont couru les spécialistes et que, si par chance, ils ont rencontré quelqu’un de formé, nous avons pu les aider. Malheureusement, il y a aussi beaucoup de partenaires du bébé qui, faisant confiance aux professionnels, ont essayé de se convaincre de la réponse qu’ils ont reçu, et les bébés ont évolué vers ce qui était craint.

L’idée n’est pas de faire un quelconque procès à qui que ce soit. Il s’agit simplement là de réaliser l’urgence à former nos collègues pratiquant auprès de bébés à cette subtilité des bébés dits « trompe-l’œil » en raison du mamanais, les informer de ce piège, les sensibiliser à cette notion du « être acteur de la relation ».

À nous aussi, thérapeutes d’orientation psychanalytique ou psychanalystes formés à cette méthode spécifique, en ayant connaissance de cela, il peut nous arriver de nous faire duper (Laznik & Chauvet, 2016), imaginons donc ceux qui n’en sont pas avertis...

Au-delà de cette sensibilisation à la notion du « être acteur », ce qui apparaît absolument recommandable est d'écouter non seulement les bébés, mais aussi d'écouter attentivement les partenaires de ces derniers, et les éventuelles inquiétudes qu'ils peuvent formuler, encore plus lorsque leur avis diverge du nôtre.

1.2.3. Le ratage du troisième temps du circuit pulsionnel

1.2.3.1. Relecture de Freud et de Lacan : le troisième temps « éminemment actif »

L'idée d'une reconsidération du troisième temps du circuit pulsionnel comme hypothèse pour expliquer l'autisme est arrivée à M-C. Laznik de manière indirecte. Nora Scheimberg, psychanalyste, amène en supervision auprès de M-C. Laznik le cas d'une petite fille autiste n'ayant pas accès à la parole. La petite Alimata s'exprime par un autre intermédiaire, elle colorie des parties d'images de la revue *Parents* qu'elle rapporte de la salle d'attente en séance.

Pendant toute une période, elle considère de manière répétitive une image publicitaire d'une mère en train de changer son bébé sur une table à langer, le pied du bébé approchant de la bouche de la mère qui semble s'en délecter. Alimata colorie et insiste sur les yeux et la bouche de la mère, ce qui fait dire à Laznik que le regard, à côté du plaisir maternel embrassant le petit pied, occupent une grande place. Son hypothèse est que la petite fille indique ce qui lui a manqué lorsqu'elle était bébé : « être capable de rechercher et susciter le plaisir de son autre maternel » (Laznik & Saint-Georges, 2018, p. 79).

Laznik se plonge alors dans une relecture attentive du texte *Pulsions et destins des pulsions* de Sigmund Freud (1915/1968) et perçoit des liens avec les travaux de Jacques Lacan (1964/1973) qui considérait la pulsion comme l'un des quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse.

Telle une archéologue, Laznik rassemble les différentes pièces du puzzle relatives à la thématique de la pulsion et découvre que Lacan, en croisant l'article freudien de 1915 et l'*Esquisse d'une psychologie scientifique* de 1895, non seulement met en lumière des éléments implicites de l'œuvre de Freud, mais aussi qu'il existe une véritable théorie

lacanienne de la pulsion qui nous livre des clés pour la compréhension de l'autisme (Laznik, 2000).

Il apparaît indispensable de se remémorer la séparation d'entre pulsion et besoin. Dans la relecture que Lacan propose, « tout le registre du besoin chute (...) hors du champ pulsionnel (...) la pulsion n'est donc plus un concept charnière entre le biologique et le psychique mais un concept qui articule le signifiant et le corps, ce qui n'est pas l'organisme » (Laznik, 2000, p. 75). Sans cette clarification, on ne peut pas avoir recours au concept de « ratage de la mise en place du circuit pulsionnel » (Laznik, 2000) nécessaire pour expliquer ce qui se joue dans l'autisme puisqu' « il n'y aurait pas, chez [ces enfants autistes], ce troisième temps de la pulsion » (Laznik, 2013, p. 26).

Revenons au trajet pulsionnel décrit par Freud (1915/1968). Comme notre intérêt spécifique porte sur le bébé, nous allons l'illustrer avec la pulsion orale. Freud identifie trois temps :

- *Premier temps* : Freud le dit « actif », le bébé se dirige vers l'objet, le sein ou le biberon et l'attrape.
- *Second temps* : Freud le dit « réflexif », le bébé prend une partie de son propre corps – la tétine ou le doigt (cf. « Processus auto-calmand » et « auto-érotisme »).
- *Troisième temps* : Freud le dit « passif », c'est l'advenu d'un nouveau sujet.

À l'inverse de Freud qui dit du troisième temps qu'il est passif, Lacan le dit « éminemment actif » et l'appelle le temps du « se faire » (Lacan, 1964/1973 ; Ekizian et al., 2017). « Le nourrisson se fait, lui, l'objet d'un autre, ce fameux nouveau sujet – la mère, par exemple » (Laznik, 2000, p. 73). Marie Couvert, psychanalyste belge, explique que Lacan « extrait de la passivité le mouvement qui la sous-tend et cela le conduit à faire surgir l'activité qui y préside (...) le but passif d'être regardé va devenir un but à *activation* passive, soit *se faire regarder* » (Couvert, 2018, p. 53).

Si les premiers et seconds temps décrits sont assez intuitivement perçus par les professionnels de la petite enfance, le troisième temps passe souvent inaperçu, alors qu'il est très souvent mis à l'honneur dans les publicités (Laznik, 2000b), notamment sur les produits

pour bébés. Typiquement, dans ces situations de change, le bébé – qui n’a en rien l’air d’être passif, cela dit au passage – « tend son pied appétissant vers la bouche de sa mère qui s’en délecte. Le plaisir partagé saute aux yeux » (Laznik, 2006, p. 60).

1.2.3.2. Un circuit pulsionnel qui ne se boucle pas

Selon Lacan (1964/1973), on ne devient pas l’objet de l’autre : on « se fait » l’objet de l’autre. Le bébé « se fait » boulotter le peton, il l’offre à l’autre car il a compris qu’il pouvait susciter de la jouissance chez l’autre.

Laznik suggère que ces bébés à « risques d’autismes » ne connaissent pas le temps du « se faire ». Ils ne « se font pas » boulotter le peton, embrasser (pulsion orale), et si l’on change de registre, ils ne « se font pas » regarder (pulsion scopique), il ne « se font pas » entendre (pulsion invoquante), il ne « s’offrent pas » à l’autre⁵¹. « Ce troisième temps du circuit pulsionnel, ce moment où il va se faire l’objet d’un nouveau sujet, le futur autiste ne le connaît pas (...) Le circuit pulsionnel ne se boucle pas » (Laznik, 2000, p. 73).

Du fait de cette absence de troisième temps – « il manqu[e] le retour rétroactif de la boucle » (Laznik & Saint-Georges, 2018, p. 80), il y aurait non mise en place du circuit pulsionnel complet chez ces bébés. Tout l’enjeu de la thérapie va être de les aider à aller crocheter leur jouissance au champ de l’Autre, comme le suggère Laznik dans sa relecture lacanienne, c’est-à-dire les amener à ce qu’ils se fassent « objet de la jouissance maternelle en offrant [eux]-même[s] [leur] petit pied » (Laznik & Saint-Georges, 2018, p. 80).

Enfin, un autre point mérite d’être abordé. Les bébés en retrait relationnel que nous rencontrons peuvent nous apparaître « passifs ». En réalité, ils ne le seraient pas si l’on suit l’idée de Lacan : c’est comme si, d’une certaine manière, le bébé faisait un effort pour cette « passivité », ce qui le rend actif par définition – et la clinique nous confirme bien le sentiment que lorsqu’un bébé détourne le regard, il peut le faire de manière profondément active, comme s’il avait peut-être l’intention de se protéger de quelque chose de trop envahissant pour lui à ce moment donné.

⁵¹ Nous verrons plus tard dans ce travail de thèse que d’autres psychanalystes émettent aussi des propositions : Couvert (2018) investit deux autres champs auxquelles elle associe « se faire » toucher (pulsion tactile) et « se faire » bouger (pulsion motrice) (cf. II,2.1.2.) ; Bentata (2020) introduit « se faire » porter (pulsion de portage) (cf. II,1.3.1.4.).

Riche de cet enseignement, on ne peut que constater que le regard du bébé n'est pas un signe suffisant, et que la considération du troisième temps issue de la théorie lacanienne de la pulsion relue par Laznik (2000) est indispensable. Le signe PREAUT – qui ne s'appelait pas encore ainsi – était né, il ne restait plus qu'à tester ces hypothèses.

1.2.3.3. Le bébé acteur de la relation dans d'autres contextes

Dans des contextes amenés par d'autres auteurs, il est possible de lire le comportement d'un bébé acteur de la relation, au sens où Laznik (2000) en a parlé.

Ainsi, il est intéressant de se pencher sur le contexte du « jeu de la spatule » introduit par Winnicott dans ce qu'il nomme la « situation établie » (*set situation*) (Winnicott, 1941/1969). Dans le contexte de consultation pédiatrique au *Paddington Green Children's Hospital*, à Londres, en Angleterre, dans lequel Winnicott reçoit des bébés accompagnés de leurs mères, le pédiatre psychanalyste positionne ce que nous appelons en français un « abaisse-langue » brillant au bord de la table et fait s'installer le bébé sur les genoux de sa mère, de manière qu'il puisse s'en saisir s'il le souhaite. Winnicott s'assure aussi de manière indirecte des considérations de la mère, à savoir, si elle est à l'aise avec l'idée que son enfant puisse mettre quelque chose à la bouche. Si ce n'est pas le cas, il ne faudrait pas en tirer des conclusions possiblement erronées. Winnicott précise aussi « pendant un certain laps de temps, elle et moi contribuerons aussi peu que possible à la situation de sorte que ce qui se passe peut à juste titre être mis sur le compte de l'enfant » (Winnicott, 1941/1969, p. 38), ce qui renvoie très clairement au fait de laisser le bébé agir spontanément.

Winnicott (1941/1969) introduit ensuite trois stades au cours desquels le bébé, entre 5 et 13 mois dit-il, va potentiellement se saisir de la spatule et l'utiliser. Sans rentrer dans les détails, au cours du deuxième stade, Winnicott décrit avec précision et finesse comme le bébé peut se montrer acteur du lien à l'autre en venant non seulement solliciter, en « se faisant » entendre, mais en plus en proposant à l'adulte un jeu de faire semblant. Toutefois, il ne mentionne pas l'idée de « plaisir ». Il dit :

Parvenu à ce stade, l'enfant semble sentir que la spatule est en sa possession, en son pouvoir peut-être, en tout cas à sa disposition pour s'exprimer. Il tape sur la table ou sur une coupe de métal posée près de là sur la table, en faisant autant de bruit qu'il peut ; ou bien il la porte à ma bouche et à la bouche de sa mère, très content si nous *faisons semblant* [emphase ajoutée par l'auteur] de manger avec. Il n'y a pas de doute qu'il souhaite que nous jouions (*play*) à être nourris, et il est bouleversé si nous sommes assez stupides pour mettre la spatule dans la bouche et gâcher le jeu (*game*) en tant que tel (...)

je n'ai jamais vu d'enfant qui soit déçu par le fait que la spatule n'est pas de la nourriture et n'en contient pas. (Winnicott, 1941/1969, p. 39)

Winnicott décrit par la suite des situations qu'il qualifie de « déviations de la normale », et mentionne déjà, nous sommes en 1941, qu'à ce moment tôt dans la vie, quelques séances peuvent parfois suffire à amener des modifications, sans pour autant que le bébé soit forcément « tiré d'affaire ». Ces parallèles possibles avec la situation étudiée par Winnicott mériteraient d'être approfondis.

Par ailleurs, Brazelton (1992/1994) a identifié des moments clés dans le développement du bébé et de l'enfant qu'il dénomme *touchpoints*, nous les avons présentés précédemment (cf. I,1.3.2.2.3.4.). Le deuxième *touchpoint* que Brazelton situe vers 4 mois, 4 mois et demi, renvoie au moment où le bébé va parfois se détourner du sein ou du biberon.

Le deuxième *touchpoint* se situe vers quatre mois, quatre mois et demi. Le bébé refuse souvent le sein, refuse le biberon. Pourquoi ? Parce que le développement cognitif à quatre mois et demi est très intense et que c'est une période excitante. Aucun bébé ne reste passif au sein, il veut regarder partout et si vous le laissez au sein il va tirer dessus pour regarder de droite et de gauche. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que cet enfant reste au sein immobile. (Brazelton, 2001, p. 46)

Brazelton (2001) constate que le bébé n'est plus aussi calme que précédemment au moment du nourrissage. Disant de lui qu'il ne reste pas passif, qu'il veut regarder partout, qu'il ne faut pas attendre d'un enfant qu'il reste immobile, Brazelton aurait-il touché du doigt l'idée d'un bébé « éminemment actif », qui ne demande potentiellement qu'à tisser des liens avec les membres de son entourage, sans le citer explicitement ?

Les observations cliniques amenées par Winnicott et Brazelton sont des opportunités de percevoir le bébé comme un sujet actif, volontaire pour la relation à l'autre. C'est toute la théorie décrite par Laznik, suggérée dans une relecture freudo-lacanienne, que l'on peut entrevoir ici.

Une remarque concernant l'âge auquel le bébé peut se présenter sous ce jour apparaît ici essentielle, puisqu'en réalité, il n'y a pas véritablement de critère sur ce point. Il est tout à fait possible d'observer un bébé même très petit, parfois dès quelques jours de vie, offrir ses petits doigts à l'un de ses partenaires, tout en guettant intensément sa réaction, puis sourire et s'amuser de la délectation que l'adulte lui renvoie.

Il convient donc d'indiquer que si la grille PREAUT-OLLIAC a été pensée pour être administrée à 4 et à 9 mois, ce n'est en réalité pas en lien avec le développement du bébé, nous allons y venir. Cela confirme que chez des bébés « bien portant », il est tout à fait envisageable de repérer un troisième temps du circuit pulsionnel bien avant 4 mois. Introduisons donc à présent en détails la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017).

1.2.4. La grille PREAUT-OLLIAC, outil fondamental pour le repérage au plus tôt des « risques d'autismes »

L'outil PREAUT-OLLIAC a été pensé en mentionnant les « risques d'autismes ». Sa diffusion comme sa publication référençant ces termes, nous nous alignerons sur ces considérations afin de ne pas troubler le lecteur.

1.2.4.1. De la découverte du troisième temps du circuit pulsionnel (1998) à la grille PREAUT-OLLIAC (2017)

Le projet PREAUT (Programme de Recherche et Évaluation sur l'AUTisme)⁵² a commencé en France en 1998, lorsque M-C. Laznik, accompagnée d'un ensemble de collègues d'orientation lacanienne (psychiatres, psychologues, psychanalystes), met au travail l'hypothèse clinique et psychanalytique qu'elle vient de découvrir au sujet de la non mise en place du circuit pulsionnel complet (Laznik, 2000 ; Ekizian et al., 2017 ; Laznik & Saint-Georges, 2018).

La recherche est portée à la fois par l'Association PREAUT qui est créée, dont le Président est à l'époque Jean-Louis Sarradet, psychiatre et psychanalyste français, et par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Strasbourg, représenté par Claude Bursztejn, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En 2017, une publication dans une revue à haut facteur d'impact (*impact factor*), PLoS ONE, livre les résultats de près de vingt ans de travail et de recherche. L'article atteste de la fiabilité du signe PREAUT, que l'on nomme désormais « grille PREAUT-OLLIAC », en raison du nom de son premier auteur, Bertrand Olliac, psychiatre français et professeur en

⁵² L'historique détaillé de la recherche PREAUT et les résultats figurent également sur le site officiel de l'association : Association PREAUT (s. d.) *Recherche PREAUT : Signes précoces de l'autisme*. Consulté le 15 octobre 2020 sur <https://www.preaud.fr/dispositifs-experimentaux/la-recherche-preaut/recherche-preaut-princeps/>

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Olliac et al., 2017). Cette grille permet ainsi le « dépistage précoce » des « risques autistiques » chez le bébé à 4 et à 9 mois.

Dans cette étude de grande ampleur (N=12 179), entre 2005 et 2011, des nourrissons sont recrutés au sein de PMI de douze départements de France métropolitaine et d'Outre-mer – dix départements iront au terme de la recherche (Olliac et al., 2017). Cela veut surtout dire qu'il faut au préalable former un très grand nombre de pédiatres et médecins de la petite enfance, près de 600 au total, démarche dans laquelle la psychologue psychanalyste, Graciela C. Crespin⁵³ et l'équipe PREAUT s'engagent dès 1999. L'idée est de les accompagner à utiliser ces outils de dépistage (les grilles PREAUT-OLLIAC et CHAT⁵⁴) dans leur pratique habituelle auprès des bébés – une étude pilote pour évaluer cette faisabilité est menée en 2005 (Crespin, 2005).

En étape intermédiaire, il est aussi indispensable de mentionner l'application du protocole PREAUT à une cohorte de bébés ayant un syndrome de West, piloté par Lisa Ouss, pédopsychiatre française particulièrement investie dans ce champ (Ouss et al., 2014). Les résultats sont intéressants : les bébés West qui « clignent » à l'application de la grille PREAUT à 9 mois présentent 38 fois plus de « haut risques d'autismes » ou de Déficience Intellectuelle (DI) à 4 ans, comparativement à ceux n'ayant pas « cligné » à PREAUT à 9 mois. La grille PREAUT à 9 mois proposerait des paramètres de prédiction similaires à ceux du CHAT à 18 et 24 mois pour ces bébés-là.

Revenons-en à la recherche PREAUT en elle-même. Au total, 12 179 bébés sont examinés, en France, avec la grille PREAUT-OLLIAC à 4 mois (PREAUT-4) et/ou à 9 mois (PREAUT-9) et parmi eux, 4 835 sont suivis jusqu'à recevoir l'administration du CHAT à 24 mois (Olliac et al., 2017).

Parallèlement à cela, plusieurs pays dont le Brésil rejoignent le projet. C'est dans l'équivalent de douze départements différents que plus de 1200 professionnels de la santé sont formés (Crespin & Parlato-Oliveira, 2015). Désormais, la grille est utilisée en PMI, mais aussi

⁵³ Graciela C. Crespin est désormais Présidente de l'Association PREAUT.

⁵⁴ Olliac et al. (2017) indiquent que la grille M-CHAT (Kleinman et al., 2008 ; Robins et al., 2013) aurait pu avoir une meilleure sensibilité que le CHAT (Baron-Cohen et al., 2000), mais elle n'était pas encore validée lors du début de l'étude PREAUT, en 2005. Ils préconisent une attention particulière à porter au dépistage PREAUT dans la 1^{ère} année + M-CHAT à 18 ou 24 mois, qu'ils estiment davantage sensible que le dépistage grille PREAUT + CHAT.

en crèches et auprès d'enfants porteurs de troubles de l'audition, de la vision, ou de microcéphalie (à cause du virus Zika) (Ekizian et al., 2017).

1.2.4.2. Une passation à 4 et à 9 mois

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le choix d'administrer la grille PREAUT-OLLIAC à 4 et à 9 mois n'est pas en lien avec d'éventuelles étapes clés dans le développement du bébé. En France, le système de santé a pensé des examens « obligatoires » pour le bébé à 4, 9 et 24 mois. S'aligner sur cette temporalité était donc une manière de pouvoir administrer la grille PREAUT-OLLIAC. Aussi, le service de PMI a été pensé en France afin de permettre à toutes les familles de disposer d'une couverture médicale gratuite, tant dans le domaine préventif que curatif.

Par ailleurs, cette consultation formalisée est un moment où le praticien peut se permettre de prendre plus de temps auprès de la famille, avec des questions relatives au développement psycho-affectif du bébé déjà existantes et relatées dans le carnet de santé du bébé, à l'occasion d'une visite où le bébé n'est pas malade. Ordinairement, si l'on rend visite au médecin de son bébé, c'est parce que ce dernier n'est pas dans un état de santé optimal, ce qui ne serait pas un contexte favorable pour administrer une grille de repérage, nous en conviendrons tous.

Plus que le risque qu'a un bébé de s'orienter vers l'autisme, la grille PREAUT-OLLIAC questionne « l'appétence relationnelle » d'un bébé (Crespin, 2007/2010). Elle prend en considération, au-delà du regard donc, le fait que le bébé doit, d'un point de vue psychanalytique, « se faire » l'objet de l'autre (Laznik, 2000), d'un point de vue plus vulgarisé (car là était aussi les prétentions de cette recherche), être acteur de la relation : c'est lui qui initie, au-delà du fait d'accepter, de tolérer, ou de répondre à la relation. L'outil est donc pensé pour clairement faire la différence entre une relance et une initiation. Dans le champ de la recherche, nous fixons cette subtilité à 3 secondes : c'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir de sollicitation de l'adulte (de l'autre) pendant au moins 3 secondes avant que le bébé ne se manifeste (Feldman, 2007).

Pour la présenter brièvement, la grille PREAUT-OLLIAC (cf. Annexe 3) est une échelle qui s'administre relativement rapidement, en étant composée de quatre questions organisées en deux parties. L'ensemble des questions sont posées à l'égard du bébé – c'est bien lui le sujet d'étude.

La première partie, composée de deux questions, interroge si le bébé cherche à « se faire » regarder. Une question est pensée pour le lien du bébé avec chaque adulte : une à destination du professionnel qui reçoit, l'autre à l'égard du partenaire qui accompagne le bébé. Chaque question est posée dans deux conditions : de manière spontanée (l'item, s'il est rempli, donne 4 points à l'égard du professionnel, 8 points à l'égard du partenaire) ou si on le sollicite (l'item, s'il est rempli, donne 1 point à l'égard du professionnel et 2 points à l'égard du partenaire). À 4 et à 9 mois, la grille s'administre de la même façon car ce n'est pas une échelle développementale.

L'application de la deuxième partie du questionnaire va dépendre du score total obtenu aux deux premières questions. Aussi, ce seuil est différent selon que le bébé ait 4 ou 9 mois (cette finesse est apparue au cours de la recherche PREAUT). Bien conscients que tous les bébés ne pouvaient pas être reçus le jour exact de leur 4 et 9 mois, une tolérance de ± 29 jours a été appliquée. Ainsi, la deuxième partie du questionnaire sera administrée :

- PREAUT-4 : à 4 mois ± 29 jours : si le score aux items 1 et 2 ≤ 3
- PREAUT-9 : à 9 mois ± 29 jours : si le score aux items 1 et 2 ≤ 5

Naturellement, si le bébé obtient des scores supérieurs, la passation de l'échelle s'arrête là. La deuxième partie du questionnaire est consacrée à l'interaction bébé-partenaire seulement. Elle interroge de manière plus détaillée le comportement du bébé via deux questions : en dehors de toute stimulation (le bébé peut obtenir jusqu'à 7 points s'il réussit les items) et à la suite d'une stimulation (idem, le bébé peut obtenir jusqu'à 7 points).

Ainsi, en fin de passation, deux configurations se présentent, amenant à trois profils :

- ***Le bébé est à « risques d'autismes »***
 - PREAUT-4 : score ≤ 3
 - PREAUT-9 : score ≤ 5

- ***Le bébé n'est pas à « risques d'autismes »***
 - Cas a : il obtient un score intermédiaire : PREAUT-4 : score entre 4 et 14 ; PREAUT-9 : score entre 6 et 14
 - ⇒ C'est un bébé qui, certes ne présente pas de « risques d'autismes », mais d'autres troubles potentiels sont à investiguer et la passation d'autres échelles se révèle nécessaire (Ramos De Souza et al., 2018). Au Brésil actuellement, c'est la grille *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)* qui est recommandée dans ce cas de figure (Kupfer et al., 2010).
 - Cas b : il obtient le score maximum : PREAUT-4 et PREAUT-9 : score = 15
 - ⇒ C'est un bébé que l'on peut désigner comme ayant *à priori* un « bon » développement psychique.

1.2.4.3. PREAUT-OLLIAC : une prédiction plus sensible que le CHAT

Voici une proposition de clarification de termes utilisés en analyses statistiques, auxquels nous allons associer une explication relative à notre contexte d'étude.

- La *valeur prédictive positive (Positive Predictive Value : PPV)* est un constat dans le présent qui porte sur le futur. C'est la probabilité qu'un enfant qui « clignote » (c'est-à-dire repéré à « risques d'autismes », avec un score ≤ 3 ou 5) à la passation de la grille PREAUT-OLLIAC à 4 et à 9 mois soit effectivement autiste par la suite.
- La *valeur prédictive négative (Negative Predictive Value : NPV)* est un constat dans le présent qui porte sur le futur. C'est la probabilité qu'un enfant qui ne « clignote » pas à la passation de la grille PREAUT-OLLIAC ne sera pas autiste.
- La *spécificité (Specificity : SP)* est un constat dans le présent qui porte sur le passé. C'est la probabilité qu'un enfant « sain » n'ait pas « clignoté » lors de la passation de la grille PREAUT-OLLIAC.
- La *sensibilité (Sensitivity : SE)* est un constat dans le présent qui porte sur le passé. C'est la probabilité qu'un enfant autiste ait « clignoté » lors de la passation de la grille PREAUT-OLLIAC. Dit autrement, cela veut dire que l'identification de risques était réelle.

Nous avons repris les analyses statistiques de l'étude d'Olliac et al. (2017) validant l'outil PREAUT-OLLIAC. Deux configurations sont proposées : les TSA seuls, et les troubles neurodéveloppementaux incluant TSA et DI.

Nous avons procédé à une moyenne pour chaque caractéristique – l'étude référence pour chaque caractéristique deux valeurs car les calculs ont été pensés à partir de deux méthodologies différentes.

Tableau 5. Estimations de PPV, NPV, SP et SE de PREAUT-OLLIAC pour les TSA et les troubles neurodéveloppementaux. (Extrait de l'article d'Olliac et al., 2017, p. 10)

FOR AUTISM SPECTRUM DISORDER ONLY					
	<i>Screened individuals</i>	<i>PPV (%)</i>	<i>NPV (%)</i>	<i>SP (%)</i>	<i>SE (%)</i>
PREAUT-4	4755	25,85	99,4	99,6	18,3
PREAUT-9	4530	28,3	99,55	99,35	35,85
CHAT-24	4835	26,6	99,55	99,3	37,7
FOR NEURODEVELOPMENTAL DISORDER (ASD + INTELLECTUAL DISABILITY)					
	<i>Screened individuals</i>	<i>PPV (%)</i>	<i>NPV (%)</i>	<i>SP (%)</i>	<i>SE (%)</i>
PREAUT-4	4755	52,2	99,3	99,8	25,95
PREAUT-9	4530	39,26	99,35	99,45	35,85
CHAT-24	4835	32,76	99,35	99,35	33,45

En considérant uniquement les TSA, l'outil PREAUT-OLLIAC présente un taux de « repérage » de TSA à 4 mois quasi-identique au taux de repérage à 24 mois du CHAT, outil recommandé par la HAS (*PPV* 25,85% vs 26,6%). Le taux avec PREAUT-OLLIAC à 9 mois est sensiblement supérieur (*PPV* 28,3%). Il n'en reste pas moins que les résultats sont comparables, mais permettent cependant une prise en charge des TSA bien plus tôt, lorsque l'on en est encore au stade des « risques d'autismes ». Dit autrement, la prise en charge pourrait être anticipée de vingt mois, et de plus, l'outil PREAUT-OLLIAC à 9 mois est plus prédictif que le CHAT à 24 mois.

En considérant les troubles neurodéveloppementaux, c'est-à-dire en incluant TSA et DI, l'outil PREAUT-OLLIAC comme le CHAT permettent des prédictions plus fiables : PREAUT-OLLIAC à 4 mois arrive en tête devant PREAUT-OLLIAC à 9 mois, les deux étant plus prédictifs que le CHAT à 24 mois (*PPV* 52,5% pour PREAUT-4 vs *PPV* 39,26% pour PREAUT-9 vs *PPV* 32,76% pour CHAT-24). Pour le dire autrement, un bébé qui a « clignoté » à l'administration de la grille PREAUT-OLLIAC à 4 mois a, dans 52% des cas, effectivement développé un TSA ou une DI et à 9 mois, ils sont 39% dans ce cas. Si l'on

combine les deux, on atteint une PPV de 45% de bébés ayant « clignoté » et développé un TSA ou une DI, c'est-à-dire qu'environ une prédiction sur deux s'est confirmée.

De manière générale, l'outil PREAUT-OLLIAC à 4 mois jouie d'une sensibilité (*SE*) bien moindre que les sensibilités à PREAUT-OLLIAC à 9 mois et le CHAT à 24 mois.

Si le fait d'être acteur de la relation est considéré par de nombreux auteurs comme l'un des critères principaux pour penser les « risques d'autismes » chez le bébé, il convient de dire que ces bébés présentent aussi d'autres particularités que nous allons à présent relater.

1.3. Autres particularités des bébés en retrait relationnel ou à « risques d'autismes »

Pour rappel, si l'on s'en réfère aux travaux de Guédeney et al. (2004), le retrait relationnel est toujours présent dans les « risques d'autismes ».

1.3.1. Des mouvements spontanés différents ?

1.3.1.1. Les « mouvements généraux » du bébé étudiés par Prechtl

Très tôt dans la vie du fœtus, dès la 8^{ème} semaine SA in-utero, et jusqu'aux 3 mois et demi, 4 mois de vie du bébé, apparaissent des mouvements spontanés, appelés « mouvements généraux » (*General Movement*). Ces mouvements, auxquels feront suite les mouvements volontaires, ont été particulièrement étudiés par Prechtl (1990) dont nous avons déjà mentionné les travaux au sujet des états de vigilance du bébé (Prechtl, 1974).

Prechtl (1990) indique que les mouvements généraux mobilisent toutes les parties du corps et peuvent concerner de manière variable la tête, le cou, le tronc, les bras et les jambes. Ils varient également en intensité, en force et en vitesse, entre quelques secondes et plusieurs minutes. Ces mouvements connaissent un début et une fin, mais qui s'expriment de manière progressive. À les observer, on peut apercevoir des mouvements « fluides et élégants » nous dit Prechtl, qui donnent une impression de variabilité et de complexité.

En fonction de l'âge du bébé, il est successivement décrit au sein des mouvements généraux (Prechtl, 1990 ; Hadders-Algra, 2003 ; Vasseur, 2018) :

- Des mouvements « pré-termes » (jusqu'à 36/38 SA).

- Des mouvements « *Writhing* » (jusqu'à 6/8 semaines post-terme).
- Des mouvements « *Fidgety* » (jusqu'à 20 semaines post-terme).

Notre intérêt va à présent porter sur les derniers mentionnés, les mouvements *Fidgety*. Ils sont décrits comme « de petits mouvements circulaires, en flux continu, parcourant le corps entier » (Vasseur, 2018, p. 576). Vasseur (2018) évoque une « dange *Fidgety* » à son apogée entre 9 et 13 semaines, et relate qu'à partir de 12/13 semaines, les mouvements volontaires commenceraient à apparaître, se mêlant ainsi aux mouvements généraux, jusqu'à les remplacer complètement vers environ 20 semaines de vie.

Prechtl (1990, 2001) indique aussi que la qualité de ces mouvements généraux est un indice pour évaluer la qualité du fonctionnement cérébral.

Nous l'avons dit, les mouvements généraux commencent au cours de la vie fœtale et sont les mouvements les plus utilisés à cette période. Dès ce stade, certains fœtus auraient des mouvements généraux de « mauvaise qualité » (Hayat et al., 2018 ; Beaulieu, 2020). Cela est observé notamment chez les fœtus à « risque de troubles du développement », chez qui les Imageries par Résonance Magnétique (IRM) cérébrales anormales permettent de faire le lien entre la qualité des mouvements généraux et leur devenir neurologique (Hayat et al., 2018). La qualité des mouvements généraux intra-utérin pourrait être due à des facteurs génétiques, mais aussi influencées par l'environnement utérin.

1.3.1.2. Les « mouvements généraux » chez les bébés à « risques d'autismes » selon Muratori

En 2007, Muratori fait l'hypothèse que les mouvements spontanés des bébés considérés « à risques d'autismes » ne soient pas, et ce dès la naissance, similaires à ceux présentés par les bébés dits plus « typiques ». Accompagné de Christa Einspieler (professeure autrichienne en physiologie à l'Université de médecine de Graz, en Autriche) et de son équipe de recherche, Muratori teste ces hypothèses sur les films familiaux des enfants autistes italiens que nous avons mentionnés précédemment. Ils comparent pour ce faire les mouvements généraux des bébés entre 3 et 4 mois observables sur les petits italiens dans leurs films familiaux, et les comparent à des mouvements généraux chez des bébés au développement qu'ils savent ultérieurement « typique ».

Les résultats sont intéressants : dans les films familiaux des bébés diagnostiqués par la suite autiste, dans 70% des cas, leurs mouvements généraux sont estimés de mauvaise qualité

ou trop pauvres, contre 13% dans les films de bébés au développement « typique » (Phagava et al., 2008). En se focalisant spécifiquement sur les mouvements *Fidgety*, les résultats sont d'autant plus étonnants, puisque seuls 21% des bébés devenus autistes en présentent, face à 89% chez les bébés « typiques » (Phagava et al., 2008 ; Laznik, 2020).

Enrichis de ces découvertes, Muratori et al. (2016) suggèrent, sans renier que l'autisme soit un « défaut de l'intersubjectivité primaire », que la cause soit davantage à réfléchir du côté de la motricité mise à mal chez ces bébés.

Depuis, Muratori et son équipe ont reconsidéré leur position, formulant ainsi que de ne considérer que les mouvements généraux reviendrait à considérer les mouvements hors du contexte relationnel, ce qui n'apparaît pas satisfaisant. De plus, parmi les bébés au développement dit « typique » considérés dans l'étude précédemment mentionnée (Phagava et al., 2008), si 89% présentent des mouvements *Fidgety*, les 11% qui n'en présentent pas présenteraient de toute évidence des mouvements dits « pauvres » s'apparentant à ceux des bébés qui sont devenus autistes (Muratori, 2021).

Laznik (2020) se positionne en indiquant que si les apports de la recherche PREAUT demeurent valides, en revanche il n'est pas (plus) possible de ne pas considérer ces arguments avancés par les chercheurs spécialisés dans la motricité du bébé. Ainsi, depuis quelques temps, les psychanalystes s'occupant de bébés ont systématiquement demandé aux partenaires des bébés de moins de 3 mois de les filmer pour pouvoir travailler en partenariat avec les « spécialistes » des mouvements généraux. Le constat fut unanime : tous ces bébés pour lesquels le troisième temps de la pulsion n'advenait pas présentaient aussi des mouvements généraux de mauvaise qualité (Laznik, 2020). Une question surgit alors : la motricité particulière de ces bébés pourrait-elle mettre davantage en difficultés leurs partenaires ?

1.3.1.3. Impact éventuel sur le lien avec les partenaires du bébé

Afin de lier ces découvertes à la théorie lacanienne, Laznik (2020) fait le lien avec une étude menée par des pédiatres américains, Condon et Sander (1974), dont nous avons déjà mentionné les travaux au sujet du phénomène de « synchronie interactionnelle » dans le registre du vocal (cf. I,1.1.3.1.3.). En effet, dans cette même étude, les pédiatres américains montrent comment, entre 1 et 3 jours de vie, le bébé est capable d'émettre des mouvements

précis et soutenus, suivant parfaitement – d'où la notion de synchronie – la mélodie et le rythme de la voix de la mère. À ce sujet, ils parlent d'une « danse des nouveau-nés » (*the danse of the neonates*) (Condon & Sander, 1974).

Laznik lit dans ce comportement l'illustration d'une « première organisation signifiante entre les petits mouvements du bébé, dont il enregistre la perception, en même temps qu'il entend le plaisir dans la prosodie de la voix de sa mère » (Laznik, 2020, p. 13). Elle interroge ainsi si, lorsque les mouvements généraux du bébé sont considérés comme « pauvres », cela peut-il ralentir ou désorganiser la chaîne discursive de la mère ?

D'autres études viennent éclairer ces questionnements. Dans une étude à laquelle Maya Gratier (professeure française de psychologie du développement et directrice d'un *BabyLab* à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, mais aussi élève du Pr Trevarthen) a récemment participé, les chercheurs ont mis en évidence que lorsque les bébés sourient et bougent leurs yeux, cela suscite chez les mères un discours plus mélodique que chez les bébés au visage inexpressif qui induit une difficulté chez les mères à tenir un discours au bébé. Précisons que cette étude était menée auprès de bébés prématurés – dans un contexte donc différent du nôtre – et aussi que la variable corporelle était maîtrisée pour ne pas interférer (les bébés étaient couverts) (Filippa et al., 2018).

Une autre étude, menée par une équipe de chercheurs israéliens (Lev-Enacab et al., 2015) à laquelle Einspieler a participé (elle faisait partie de la recherche avec Muratori cité précédemment – Phagava et al., 2008), porte sur les effets de l'absence de mouvements *Fidgety* chez des bébés sur leur mère – dans un contexte cette fois de grande prématurité. Les résultats mettent en évidence que lorsqu'il n'y a pas ces mouvements *Fidgety* chez le bébé, cela désorganiserait le portage chez leur mère (Lev-Enacab et al., 2015), se retrouvant ainsi en grandes difficultés pour entrer en accordage avec le corps de leur bébé.

Laznik (2020) fait l'hypothèse que ces considérations soient valables pour les bébés à « risques d'autismes » et fait le lien avec les travaux d'Hervé Bentata (psychiatre français, psychanalyste et ancien responsable de l'unité mère-bébé de Saint-Denis) sur l'importance de ce qu'il nomme « pulsion de portage » (Bentata, 2020). En effet, constatant qu'en parallèle de nos prises en charge en thérapies analytiques, les aspects corporels de ces bébés-là étaient tout aussi indispensables à soutenir, notamment à travers des prises en charge en sensori-motricité et en ostéopathie, Bentata a formulé l'hypothèse que quelque chose du corps n'était peut-être

pas suffisamment considéré dans les pulsions qui existaient déjà, et qu'un registre spécifique au corporel devait être envisagé. Bentata (2020) suggère ainsi l'introduction d'une pulsion inédite, la « pulsion de portage », qu'il décline en « porter un enfant », « se porter », « se faire porter ».

Percevoir cette difficulté du côté de la motricité du bébé peut ainsi permettre au thérapeute de s'extraire d'éventuelles critiques à l'égard du portage que les partenaires peuvent proposer au bébé. Nous y viendrons par la suite, c'est une condition nécessaire pour que puisse advenir une identification du partenaire au thérapeute, et donc *in-fine*, que cela ait des effets positifs sur le lien entre le bébé et ses partenaires.

Nous sommes là pour combler, en illusion anticipatrice, ce mouvement qui n'a pas lieu, ce regard qui fuit, cette pauvreté générale des expressions, et permettre à la mère, en identification avec nous, nous, de rêver ces mouvements et de répondre comme s'ils avaient été là. De (re)trouver un accordage avec ces bébés si lents et apparemment indifférents. (Laznik, 2020, p. 14)

Les travaux menés par Muratori et son équipe de recherche nous ont permis de considérer davantage les aspects psychomoteurs chez les bébés à « risques d'autismes ». Les éléments étudiés nous font dire que ces constatations à l'égard des bébés à « risques d'autismes » n'en sont pas moins valables pour les bébés en retrait relationnel.

1.3.2. Une hypersensibilité à l'œuvre : des bébés « orchidées »

En premier lieu, il convient de revenir sur le terme utilisé. Penchons-nous sur une définition d'usage général. La « sensibilité » est définie par le Larousse comme l'« aptitude d'un organisme à réagir à des excitations externes ou internes »⁵⁵. Le préfixe « hyper », du grec *hyper*, signifie « (...) indiquant une position supérieure dans l'espace, une intensité ou une propriété supérieures à la normale »⁵⁶.

⁵⁵ Sensibilité (s. d.) Dans *Larousse*. Consulté le 12 août 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensibilite/72107>

⁵⁶ Préfixe hyper- (s. d.) Dans *Larousse*. Consulté le 12 août 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hyper-/40980>

Les bébés que nous sommes amenés à rencontrer dans notre pratique et pour lesquels nous avons constaté un retrait relationnel peuvent très souvent présenter des facteurs d'hypersensibilité.

S'il semble exister quelques travaux relatifs à l'hypersensibilité et à l'autisme chez les enfants plus âgés (Laznik, 2018b ; Burnod, 2018 ; Mottron & Burack, 2012), nous choisissons de nous référer aux travaux d'Elaine N. Aron, docteur en psychologie américaine. En effet, Aron est une chercheuse reconnue et investie dans ce champ de recherche et propose une théorisation et des concepts qui nous apparaissent particulièrement éclairants.

1.3.2.1. Le modèle explicatif DOES proposé par Aron

Aron (1996/2013) se réfère à l'hypersensibilité sous la notion d'*High Sensitivity (HS)* que l'on pourrait traduire par « Haute Sensibilité » (HS) en français – mais ses ouvrages traduits en français mentionnent aussi le terme d'« hypersensibilité ». Saverio Tomasella, psychanalyste français, écrivain et docteur en psychologie, évoque aussi le terme d'« ultrasensible » pour s'éloigner de l'emploi du superlatif « hyper », qui n'est pas toujours connoté positivement⁵⁷. Aron fait référence à ces personnes sous l'appellation *Highly Sensitive Person (HSP)*, « Personne Hautement Sensible » (PHS) en français. Tomasella (2018) rejoint ses considérations, et emploie également le terme de personnes « ultrasensibles ».

Dans le champ scientifique, c'est le terme *Sensory Processing Sensitivity (SPS)*, traduisible par « sensibilité de traitement sensoriel » qui est employé.

Pour décrire les principales caractéristiques de la haute sensibilité, Aron (2010) a développé le modèle DOES incluant quatre aspects que nous allons définir.

1.3.2.1.1. D, Depth of processing : « Profondeur de traitement »

Il s'agit du trait principal dans la haute sensibilité. Le traitement des informations sensorielles est le fruit d'une activité cérébrale intense et longue pour la personne hautement

⁵⁷ Tomasella a co-créé avec Marie-France de Palacio, chercheur, écrivain et ex-professeur des Universités, en 2016, « L'Observatoire de la sensibilité » (<https://lasensibilite.com/>).

sensible, comparativement à l'ensemble de la population – ce traitement reste toutefois singulier, y compris chez les personnes hautement sensibles. Il est d'ailleurs prouvé par IRMf⁵⁸ que dans la différenciation entre deux images aux variations subtiles, les personnes hautement sensibles, non seulement perçoivent davantage de complexités et de détails, mais aussi mobilisent plus les parties de leur cerveau relatives à ce traitement plus complexe (Jagiellowicz et al., 2011). Les personnes hautement sensibles auraient donc un fonctionnement cérébral spécifique.

En ayant aussi recours à l'IRMf, une autre étude démontre que l'activité cérébrale serait plus intense chez les personnes hautement sensibles, spécifiquement dans le cortex insulaire, aussi appelé « insula » (Acevedo et al., 2014). Tomasella (2018) soutient cette découverte, et précise que les zones cérébrales impliquées dans la haute sensibilité (dont fait partie l'insula) correspondent à celles de l'empathie. Plus intéressant encore, il souligne que l'insula appartient au système limbique, c'est-à-dire qu'il « intervient, entre autres, au niveau de la perception de la douleur, des émotions et de la conscience de soi » (Tomasella, 2018, p. 29).

Cette profondeur de traitement peut se manifester par des questionnements profonds, verbalisés ou non, et perceptibles par la difficulté dans la prise de décisions de la personne, ou bien dans la lenteur de celle-ci –il y aurait en effet un très grand nombre d'informations sensorielles à prendre en considération et à analyser avant d'agir, ce qu'Aron (2010) nomme le système de « pause réflexion » (*pause to check*).

1.3.2.1.2. *O, Over aroused : « Surstimulation »*

Ce trait est un effet secondaire de la profondeur de traitement : du fait de perceptions et d'un traitement plus intense (donc d'un seuil de réaction plus bas – Tomasella, 2018), il apparaît évident que la variation de l'environnement (une odeur prononcée, un bruit trop fort, etc.) amène vite à une surstimulation et donc à un inconfort sensoriel. Le seuil de fatigabilité de la personne, tout comme celui de tolérance au stress, sont assez bas et vite atteints (Gerstenberg, 2012 ; Wachs, 2013).

⁵⁸ IRMf : L'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle donne une vue de l'activité cérébrale et indique quelles régions du cerveau spécifiques s'activent le plus.

1.3.2.1.3. *E, Emotional reactivity and high empathy : « Réactivité émotionnelle et empathie »*

Concernant la réactivité émotionnelle, elle est elle aussi liée à la profondeur de traitement puisque « nos émotions nous disent ce à quoi prêter attention, quoi apprendre et mémoriser si besoin » (Aron, 2015/2019, p. 25)⁵⁹. Les personnes hautement sensibles réagiraient aussi plus que les autres devant des évènements positifs/agréables et négatifs/désagréables (Jagiellowicz, 2012). Concernant l'empathie, les personnes hautement sensibles apparaissent davantage à l'écoute de ceux qu'elles connaissent et investissent, et à l'égard d'images positives (Acevedo et al., 2014).

Un point mérite ici d'être fait sur les neurones miroirs (Rizzolatti et al., 1996, 2004). Les personnes hautement sensibles présentent une activité cérébrale plus importante à leur égard (Iacoboni, 2008) – ces neurones sont d'ailleurs appelés « neurones empathiques » par certains chercheurs. Les neurones miroirs ont la particularité de s'activer de la même manière que l'on réalise une action, qu'on voit quelqu'un l'effectuer, qu'on entende quelqu'un le faire ou bien même que l'on prononce un mot y faisant référence. Il en va de même pour une émotion vécue ou perçue par l'autre. Ainsi, au-delà de la compréhension, les neurones miroirs permettent de ressentir la même chose qu'autrui. Tomasella souligne que l'activité des neurones miroirs combinée à celle de l'insula révèle que « c'est leur très grande empathie qui rend les [sujets] hypersensibles, et non l'inverse, comme on l'a cru pendant longtemps » (Tomasella, 2018, p. 85).

1.3.2.1.4. *S, Sensitivity to subtle stimuli : « Sensibilité aux stimuli subtils »*

Cet aspect est aussi appelé « hyperesthésie », et renvoie au fait que certains sens de la personne hautement sensible peuvent être plus développés que d'autres. Tomasella (2018) insiste sur le fait que les sensibilités sensorielles sont différentes selon les personnes mais aussi selon le registre considéré – certains sont plus sensibles à ce qu'ils voient, d'autres à ce qu'ils entendent, etc. Toutefois, le traitement très approfondi participe aussi à cette grande sensibilité aux stimuli, sans que la personne n'ait forcément des organes sensoriels particulièrement réactifs – par exemple, ce n'est pas que le sujet voit mieux avec une vue de

⁵⁹ À son ouvrage paru en 2002 relatif à la haute sensibilité chez les enfants, Aron a ajouté une note d'auteur en 2015, lors d'une réédition, pour faire le point à la fois sur ses avancées propres et sur celles de la communauté scientifique. Cet ouvrage ayant été traduit en 2019 en français inclus la note d'auteur. Nous nous référerons à cette note ainsi : Aron, 2015/2019.

meilleure « qualité », mais peut-être plutôt lié au fait que son cerveau fasse une micro-analyse de tout ce qu'il perçoit dans le champ visuel.

L'hyperesthésie peut ainsi se manifester dans différents registres sensoriels :

- Le toucher : *hypersensibilité tactile*
- Le goût : *hypersensibilité orale* ou *hypersensibilité gustative*
- L'odorat : *hypersensibilité olfactive*
- L'audition : *hypersensibilité auditive* ou *hyperacousie*
- La vision : *hypersensibilité visuelle*

Aron (2002/2019) propose une analogie très parlante pour expliquer la particularité des personnes hautement sensibles. Imaginons une usine de conditionnement d'oranges...

Au lieu de posséder trois fentes pour traiter ce que le tapis roulant leur amène, [les personnes hautement sensibles] en ont quinze, servant à faire des distinctions très fines. Tout se passe bien jusqu'à ce qu'un nombre trop élevé d'oranges arrive en même temps. C'est alors la bouillie assurée. (Aron, 2002/2019, p. 58)

1.3.2.2. Est-il vrai qu'on est (on naît) hautement sensible ou non ?

De la haute sensibilité, Aron prend le parti d'en percevoir les aspects positifs et décrit les avantages que cela peut représenter, à condition que l'environnement perçoive cette haute sensibilité et s'y adapte tant que possible. Cela suppose donc de particulièrement bien étudier les caractéristiques sous-jacentes, comme nous les avons décrites avec le modèle DOES. Aron (2002/2019) définit la haute sensibilité comme un trait de personnalité ou un tempérament tout à fait « normal » dit-elle – allant même jusqu'à parler de « “race” génétique distincte » faisant partie de l'espèce humaine (Aron, 1996/2013, p. 59) – que l'on peut retrouver chez environ 15% à 20%⁶⁰ de la population (hommes/femmes confondus).

1.3.2.2.1. Une particularité ancienne et trans-espèces

Pour elle, ce type de comportement était déjà présent chez nos ancêtres pour qui il était possible de définir deux types de comportements : les 20% les plus « sensibles », en mesure d'avertir des dangers, de repérer des sources de nourriture, de comprendre les besoins des plus

⁶⁰ Les estimations varient selon les auteurs : Aron mentionne 15% à 20% (Aron, 1996/2013 ; sur son site officiel également : <https://hsperson.com/>) ; parfois plutôt 20% (Aron, 2002/2019, 2015/2019) ; Tomasella (2018) indique 20 à 25%.

jeunes ou des plus faibles, etc. vs ceux qui n'ont pas cette conscience du danger et sont donc prêts à partir en exploration ou combattre pour défendre le groupe. Toute société a besoin des deux types de personnes pour survivre nous rappelle Aron (1996/2013), ce qui indique bien qu'il n'y ait pas un comportement « meilleur » qu'un autre.

Cette caractéristique a aussi été identifiée chez plus d'une centaine d'espèces animales (Wolf et al., 2008), et chez toutes les espèces chez qui une sensibilité a été observée, la proportion de la population concernée est aussi d'environ 15% à 20%, ce qui fait dire plusieurs choses à Aron. Tout d'abord, les estimations chez les humains se confirment, et de plus, cela plaiderait en faveur d'une variation « normale », car ce chiffre serait bien trop élevé pour qu'il concerne un comportement « anormal » (Aron, 2002/2019). La haute sensibilité serait donc à envisager comme une « stratégie de survie » dans l'évolution, ce qui explique aussi qu'elle ne soit présente que chez une minorité de personnes. Aron (2015/2019) ajoute que si ce n'était pas le cas, ces variations ne perdureraient pas dans le temps (cf. « preuve évolutionniste », Aron, 2015/2019, pp. 35-36).

1.3.2.2.2. Haute sensibilité, culture et environnement

Il convient aussi de dire que la haute sensibilité est perçue différemment selon la culture d'appartenance. Margaret Mead, anthropologue américaine, évoque que parmi un grand nombre de tempéraments possibles, seul une maigre partie constitue « l'idéal » de chaque culture (Mead, 1955/1969). Aux Pays-Bas par exemple, les rythmes de vie sont davantage établis en fonction de ceux des bébés et des enfants, comparativement aux États-Unis, et les attentes des partenaires du bébé comme de la société sont elles aussi différentes. Les petits néerlandais pourraient ainsi se sentir davantage dans la « normalité » s'ils présentent une hypersensibilité (Harkness et al., 2000). Une étude de grande ampleur comparant des écoliers chinois et des écoliers canadiens a aussi relaté comme la culture revêt une importance capitale, puisqu'en Chine, ce sont les enfants « timides » et « sensibles » qui sont recherchés comme pairs de jeux idéaux, tandis qu'au Canada, ce sont ceux qui seraient le moins choisis (Chen et al., 1992).

La qualité de l'environnement au sein duquel le sujet hautement sensible évolue jouerait aussi un rôle majeur dans l'expression de cette sensibilité (Tomasella, 2018). Ainsi, si les partenaires du bébé ou de l'enfant hautement sensible sont particulièrement attentifs à ses besoins et considèrent ses particularités, des chercheurs formulent l'hypothèse que le sujet

pourrait en tirer davantage profit que les autres, c'est-à-dire que les personnes hautement sensibles seraient en mesure d'« absorber » la qualité de leur environnement, au même titre que les informations sensorielles qui viennent à elles (Pluess & Belsky, 2013). Michael Pluess et Jay Belsky, professeurs de psychologie développementale britannique et américain, se sont particulièrement intéressés à cette « sensibilité avantageuse » (*Vantage Sensitivity*) et on fait le lien avec les fortes réponses aux images positives des personnes hautement sensibles (Acevedo et al., 2014), comme nous l'avons précédemment mentionné.

1.3.2.2.3. *Une sensibilité innée selon Aron*

Pour Aron (1996/2013), la sensibilité est innée et des exemples de vrais jumeaux qui, élevés séparément, sont capables de présenter des comportements similaires indiquent bien que la sensibilité est, en partie, déterminée par la génétique (Daniels & Plomin, 1985). Des études relatent aussi que les personnes hautement sensibles naîtraient avec un hémisphère droit (relatif à la connaissance émotionnelle et sociale selon Siegel, 1999) plus actif (Fox & al., 2001).

Les riches travaux de Stephen Suomi, chef de Laboratoire américain en éthologie comparée au *National Institute of Child Health and Human Development* à Bethesda aux États-Unis, méritent d'être relatés ici. En effet, Suomi (1987, 1991, 1997) a observé une variation génétique assimilée à la nervosité chez une minorité de singes rhésus. Ces derniers apparaissaient davantage sensibles au stress, mais s'ils étaient confiés dès leur naissance à des mères « douées », ils pouvaient acquérir des compétences incroyables et parvenaient même souvent à devenir chefs de groupe – il est intéressant de mentionner ici le caractère épigénétique, sur lequel nous reviendrons plus tard (cf. II,2.4.1.1.3.). Il se trouve que l'homme et le singe rhésus partagent cette variation génétique impactant la sérotonine, et s'ils peuvent être assez facilement anxieux ou déprimés, les études relatent que la plupart d'entre eux ne l'expriment pas (Jedema et al., 2010 ; Licht et al., 2011) mais en tirent un bénéfice intéressant avec, entre autres, de meilleures prise de décision et mémoire de choses apprises, une adaptabilité à différents environnements – ce qui fait écho à la « stratégie de survie de l'espèce » mentionnée plus haut. Toutes les personnes hautement sensibles ne présentent pas cette variation génétique là, mais d'autres études démontrent encore d'autres variations génétiques en lien avec la haute sensibilité (par exemple, celle de Chen et al., 2011, identifie sept gènes de la dopamine).

1.3.2.2.4. *Continuum de la sensibilité : orchidées, tulipes et pissenlits*

Les positions des auteurs varient sur le sujet : certains décrivent un aspect en « tout ou rien » (Strelau, 1994 ; Borries, 2012 ; Aron, 2002/2019) face à d'autres qui évoquent un degré de sensibilité (Kagan, 2000 ; Aron, 1996/2013, 2015/2019). Il apparaît plus prudent de considérer la haute sensibilité sur un continuum, impliquant donc des degrés de sensibilités divers.

Une étude récente – à laquelle Aron a participé – va dans ce sens (Lionetti et al., 2018). Les chercheurs s'intéressent aux influences environnementales dans le contexte de la haute sensibilité. Ils étudient une cohorte de 906 individus tout venant et voient émerger, entre les « hautement sensibles » et les « peu sensibles », une catégorie intermédiaire représentant 40% de leur échantillon. En référence aux travaux menés en 2005 par W. Thomas Boyce et Bruce J. Ellis, respectivement pédiatre et psychologue américains, qui identifient ce qu'ils appellent des enfants « orchidées » et des enfants « pissenlits »⁶¹, les chercheurs souhaitant conserver les métaphores florales, introduisent une troisième image pour compléter le modèle dichotomique. Ainsi, ils divisent la population en trois catégories :

- Les *orchidées (orchids)* : cette catégorie désigne les personnes hautement sensibles (*High-Sensitive*) et correspond à 31% de l'échantillon de leur étude. L'idée de Boyce et Ellis (2005) est que ces personnes se débrouilleraient « exceptionnellement bien » dans des conditions idéales et « exceptionnellement mal » si les conditions sont mauvaises ».
- Les *tulipes (tulips)* : cette catégorie désigne donc les personnes moyennement sensibles (*Medium-Sensitive*) et correspond à 40% de l'échantillon considéré. Lionetti et al. (2018) ont choisi d'imager leur propos avec cette fleur car « les tulipes sont très communes, mais moins fragiles que les orchidées et plus sensibles au climat que les pissenlits » (p. 8)⁶².
- Les *pissenlits (dandelions)* : cette catégorie désigne les personnes les moins sensibles (*Low-Sensitive*) et correspond à 29% de l'échantillon considéré. L'idée de Boyce et Ellis (2005) est qu'ils soient « résilients » et puissent pousser n'importe où.

⁶¹ Boyce et Ellis (2005) mènent leurs recherches auprès d'enfants « hautement réactifs », mais les chercheurs et Aron ont convenu qu'ils parlaient bien des mêmes choses.

⁶² Traductions proposées par l'auteur.

Bien que cette modification dans la manière de percevoir les personnes hautement sensibles soit amenée par rapport à l'environnement dans lequel le sujet évoluerait dans leur étude, Lionetti et al. (2018) étendent leurs considérations à la manière de percevoir le sujet tout entier. Ainsi, nous pouvons retenir l'idée d'un continuum de sensibilité, plutôt qu'une conception en « tout ou rien ».

1.3.2.3. Hyposensibilité, retrait relationnel et empathie émotionnelle supérieure

Les travaux de Laznik (2014) – à la suite de Tustin et Haag – au sujet de l'excès d'empathie émotionnelle sont très intéressants. Selon elle, des sujets autistes (plus grands que les bébés que nous rencontrons donc, mais le raisonnement n'en est pas moins valable) peuvent se présenter sous une allure donnant l'impression qu'ils ne ressentiraient rien que l'on pourrait rapprocher d'une éventuelle « hyposensibilité ».

Pour l'expliquer, Laznik (2014) se réfère aux travaux d'un psychologue écossais, Adam Smith, qui fait l'hypothèse d'un « déséquilibre empathique dans l'autisme » (*the Empathy Imbalance Hypothesis of autism*) (EIH) (Smith, 2009). Ainsi, Smith détermine deux formes d'empathie :

- *L'empathie cognitive* : elle renverrait à la capacité à comprendre les intentions et les pensées d'autrui – que l'on pourrait mettre en lien avec ce que les cognitivistes appellent « théorie de l'esprit », *Theory of Mind*.
- *L'empathie émotionnelle* : elle concerne la capacité à ressentir les émotions d'autrui.

Pour Smith (2009), les personnes autistes auraient un déficit d'empathie cognitive avec lequel cohabiterait une surabondance d'empathie émotionnelle. Nous l'avons dit à l'égard de la personne hautement sensible⁶³, il s'agit d'un véritable « bombardement » d'informations. Laznik parle pour le sujet autiste d'une « avalanche d'excitation, ingérable par son appareil psychique » (Laznik, 2014, p. 373), c'est-à-dire qu'il recevrait des états affectifs d'autrui en masse, sans même être en mesure de distinguer que cela vienne en réalité de l'extérieur, et ne lui appartienne « pas vraiment ». Ici, le lien avec le rôle des neurones miroirs particulièrement

⁶³ Aron (2002/2019) fait clairement la distinction entre la haute sensibilité et le TSA, mais il nous apparaît qu'à l'égard du « bombardement » d'informations sensorielles et émotionnelles, la personne hautement sensible comme la personne autiste pourraient être concernées.

efficaces chez les personnes hautement sensibles peut être fait. La conséquence de cela est assez compréhensible : la personne autiste se renfermerait sur elle-même pour couper et se protéger de cet envahissement – Tustin (1992) décrivait cela avec la « mise en capsule » autistique comme réaction de protection.

Cela peut parfois donner l'impression que le sujet autiste ne ressent pas d'empathie, alors qu'en réalité il n'en est rien ; on pourrait même dire qu'en réalité l'autiste ressentirait « trop ». Smith (2009) dit que cet excès d'empathie émotionnelle peut, à tort, être lu comme un déficit d'empathie émotionnelle dans le contexte de l'autisme. Il va même plus loin, et suggère que l'excès d'empathie émotionnelle sans l'empathie cognitive pouvant la contrebalancer soit davantage handicapant qu'une absence d'empathie.

Revenons à présent dans le champ du bébé. Si le bébé se ferme à ces mouvements affectifs dont les autres peuvent témoigner, « il ne saura rien de ce qui les meut (...) [et] n'apprendra rien de leurs désirs, c'est-à-dire qu'il n'aura aucune possibilité d'empathie cognitive par rapport à eux » (Laznik, 2014, p. 374). Laznik formule ainsi l'hypothèse que l'empathie cognitive « se construi[se] dans la relation à l'autre, encore faut-il qu'elle soit supportable au bébé » (Laznik, 2014, p. 374) et encore faut-il que quelqu'un puisse mettre en mots pour le bébé.

Les cas cliniques relatés dans des publications mettent en lumière comment les bébés à « risques d'autismes » sont particulièrement sensibles à nos états émotionnels et à nos pensées, parfois sans qu'ils ne nous soient même venus en conscience... mais celui de « Marine » (Laznik, 2004, 2005, 2007, 2010, 2013, 2014) est particulièrement saisissant et nous oblige à repenser les suggestions de Smith (2009).

En effet, la petite fille de 4 ans et demi (qui a été vue en thérapie bébé-parents), après un jeu interactif amorcé par elle-même auprès de la thérapeute, s'empare des deux petits poneys. Elle joue avec brio la scène d'un petit poney à moitié mort au bord de la rivière qui vient de tomber de la falaise, auquel sa maman poney parle, le suppliant de la regarder, de lui parler, de bouger – Laznik souligne que des larmes coulent sur les joues de la petite fille pendant ce monologue. Il semblerait que le récit fasse grandement écho au vécu de la mère face à la fermeture de sa petite fille, alors qu'elle n'était encore qu'un tout petit bébé. Malgré cette fermeture au monde extérieur, Marine a apparemment eu accès à quelque chose de cette détresse maternelle. À 4 ans et demi et semble-t-il hors du TSA, elle a désormais accès à une

empathie cognitive puisqu'elle peut attribuer le vécu de détresse à la maman poney, « même si, en la jouant, les larmes coulent de ses yeux. Mais elle peut s'arrêter quand la fin de la séance est là. Elle n'est plus envahie par ses affects empathiques » (Laznik, 2014, p. 372). Ainsi, il semblerait que lorsqu'elle était bébé, bien qu'elle ait eu recours à au retrait relationnel pour se protéger, Marine ait tout de même perçu quelque chose de vécu affectif de sa mère. Autrement, comment aurait-elle pu mimer une telle scène ? Laznik fait ainsi l'hypothèse chez ces bébés à « risques d'autismes » d'une « empathie émotionnelle innée très supérieure à celle des bébés banals qui les oblige à se protéger beaucoup plus » (Laznik, 2014, p. 378).

1.3.2.4. La haute sensibilité, inhérente à la vie du bébé ?

Pour Tomasella, nul doute que « l'enfant naît sensible » (Tomasella, 2018, p. 11), du fait même que les émotions soient présentes dès la vie intra-utérine.

Les émotions, mais aussi les sensations, peuvent tout autant provenir de notre intérieur que de l'environnement que nous rencontrons, mais il semble que le bébé ait du mal à faire cette distinction franche dans les premiers temps (Freud, 1915/1968 ; Winnicott, 1945/1969 ; Tomasella, 2018). Pour lui, tout est potentiellement vécu comme une stimulation envahissante puisqu'il n'est pas encore en mesure de distinguer la sensation faim de la sensation de froid, d'une couche mouillée, d'une douleur au ventre ou d'une lumière trop forte par exemple.

Trevarthen dont nous avons déjà présenté les travaux nous enseigne aussi grandement à ce sujet, avec ce qu'il appelle la « sensibilité esthétique et morale » chez le bébé (Trevarthen, 2005, 2019). À partir de l'âge de 6 mois, le bébé pourrait ainsi présenter des sentiments moraux, tels que la fierté (*pride*) et la honte (*shame*), ainsi que d'autres sentiments comme la timidité ou le sentiment d'étrangeté avec les personnes non familières.

Une étude menée auprès de bébés par Jerome Kagan, psychologue américain à *Harvard University*, est particulièrement intéressante. À la suite d'une exposition à divers stimuli, Kagan (1994) constate que 20% des bébés réagissent « violemment » avec des mouvements énergiques des bras et des jambes, une hyperextension et des pleurs fréquents. Un an après, 2/3 de ces bébés étaient devenus ce que Kagan dénomme des enfants « inhibés ». Cela témoigne bien du fait que même si tous les bébés sont soumis à des stimuli potentiellement envahissants, ils ne réagissent pas tous pareil et leurs réactions n'évoluent pas de la même manière.

Si Aron (2002/2019) indique qu'il n'existe pas de moyen formel de savoir si un bébé présente ou présentera une haute sensibilité (à ce jour, il n'existe pas de questionnaire qui leur soient destinés), il n'en reste pas moins que certains critères peuvent grandement orienter nos considérations.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il convient de préciser que les pleurs ne sont pas forcément caractéristiques de la haute sensibilité d'un bébé (Aron, 2002/2019). Le bébé peut pleurer pour un tas de raisons inhérentes au fait qu'il est un bébé, et qu'il n'a pas forcément beaucoup d'autres moyens de s'exprimer au tout début de sa vie. Là encore, il convient de mentionner la singularité de chaque bébé, tout en rappelant néanmoins qu'un bébé pleurant de manière intense et pour lequel il n'est pas possible de l'aider à s'apaiser mérite fortement que l'on y prête attention – peut-être est-il douloureux ? trop couvert ? affamé ? dans le besoin d'être changé ? surstimulé par son environnement (lumière, bruit, etc.) ? Les investigations à mener sont nombreuses.

Pour Aron (2002/2019), c'est ainsi l'observation attentive que le parent peut porter à son bébé qui va permettre de repérer l'éventuelle haute sensibilité du bébé. Aussi, si l'un des parents est lui-même hautement sensible et l'a identifié chez lui, il y a de grandes chances pour qu'il le repère chez son enfant dès son plus jeune âge (Aron, 2002/2019). La notion d'environnement « suffisamment bon » chère à Winnicott (1956/1969) trouve ici sa place, et nous aimerions rappeler que l'importance du regard que les partenaires peuvent porter sur le bébé est fondamentale chez tous les bébés sans distinction.

1.3.2.5. Sa prise en compte dans la thérapie

De notre expérience, les caractéristiques présentées jusqu'à présent sont assez nettement identifiables chez les bébés en retrait relationnel que nous rencontrons. Bien qu'il n'existe pas d'études spécifiques sur ces bébés-là, en revenir à la clinique peut nous aider à réfléchir.

1.3.2.5.1. Réduire la stimulation de ces bébés

Il est intéressant de constater que les conseils qu'Aron (2002/2019) livre aux parents pour « réduire la stimulation générale d'un nourrisson » font pleinement écho à ce que nous proposons aux parents des bébés en retrait relationnel que nous recevons. L'idée est de respecter leurs besoins et leurs sensibilités propres, tout en veillant à ce qu'ils ne se ferment

pas davantage à l'autre – et ce dernier élément est particulièrement important, nous y reviendrons juste après (cf. II,1.3.2.5.2.). Ainsi, nous rejoignons Aron dans l'idée de ne pas exciter l'enfant avec des jeux brusques ou une voix « trop animée » ; de réduire le niveau sonore ; d'instaurer des routines qui semblent plaire au bébé ; de réduire les sorties (nous conseillons surtout d'éviter de multiplier les passages de bras en bras, et de privilégier l'utilisation à l'extérieur d'un même lit parapluie pour que le bébé puisse y trouver ses repères) ; d'être attentif aux matières des vêtements du bébé et aux variations de température (chambre, nourriture, eau du bain) ; de privilégier le portage du bébé (Aron, 2002/2019, pp. 278-279). Il convient à nouveau de dire que ces attentions particulières devraient être portées à tous les bébés, en retrait relationnel ou non.

Si certains bébés semblent petit à petit parvenir à se familiariser avec les bruits de la vie quotidienne (Tomasella, 2018), les bébés en retrait relationnel que nous recevons semblent éprouver beaucoup de difficultés à s'en accommoder. Nombreux sont ces bébés qui sursautent, se raidissent et ferment les yeux à chaque fois que la lumière et la sonnette – indiquant au thérapeute que le patient suivant est arrivé – retentissent.

1.3.2.5.2. Un bébé qui se renferme nécessite d'autant plus d'être soutenu

Revenons-en à un élément particulièrement important. Aron (2002/2019) suggère face aux bébés présentant une haute sensibilité et pleurant énormément, de les poser dans leur lit, tout en restant à côté, en leur parlant doucement et en exerçant une pression sur leur ventre pour les rassurer. Si ce conseil peut être à la limite recevable, cela dépendra bien sûr des réactions du bébé auquel il conviendra de s'adapter.

En revanche, Aron (2002/2019) évoque aussi la possibilité de ne pas toucher le bébé, ni lui parler, si la surstimulation est trop intense, et considère qu'un bébé qui détourne la tête, « signe typique de détresse » (Aron, 2002/2019, p. 291) suggère-t-elle, implique que nous devrions le laisser tranquille. Il apparaît très difficile de soutenir un tel conseil, surtout auprès des partenaires des bébés en retrait relationnel que nous recevons. Le bébé en retrait relationnel se ferme déjà de lui-même, fuit l'autre qui lui apparaît potentiellement « menaçant ». Laisser le bébé seul face à ses pleurs, éventuellement ses douleurs, ses angoisses, non seulement pourrait venir confirmer que l'autre n'est pas une source fiable de réconfort et de sécurité, mais en plus, ne participerait qu'au fait que le bébé se ferme d'autant

plus, en s'agrippant à sa douleur et à sa détresse. La « spirale infernale négative » (Saint-Georges-Chaumet, 2011) n'en serait que plus fortement activée.

Tomasella (2018), bien qu'il ne mentionne pas les bébés en retrait relationnel, semble rejoindre notre position, puisqu'il mentionne la sidération comme réaction courante face à un excès d'émotion : « (...) [le bébé] peut même sembler avoir le regard vide et être amorphe, comme anesthésié. Cela ne veut pas dire qu'il s'agit d'un "bébé bien sage". La souffrance n'est pas forcément bruyante et apparente » (Tomasella, 2018, p. 74).

Il convient enfin d'ajouter que si ces bébés ont besoin d'être soutenu, leurs partenaires en ont tout autant besoin. En effet, être auprès d'un bébé qui se détourne de soi, nous l'avons dit, peut être particulièrement éprouvant.

Abordons enfin une dernière donnée importante relative au facteur génétique.

1.4. Avoir un aîné autiste, un facteur de risque identifié

Un point au sujet des études en génétique relatives à l'autisme apparaît important à faire. De manière générale, le pédiatre-généticien français, Arnold Munnich, Président de la Fondation Imagine, nous apprend que dans 40% des cas, il y a une fiabilité scientifique qu'il y ait des risques génétiques dans l'autisme. Il explique aussi que 453 gènes pour l'autisme sont connus et publiés (Munnich, 2018)⁶⁴.

Comme nous l'avons dit précédemment, les risques sont toujours relatifs aux facteurs étudiés. Même si aucune étude ne montre la proportion « commune » entre des bébés dit « à risques d'autismes » selon un facteur génétique et des bébés dit « à risques d'autismes » selon le facteur de « retrait relationnel » (facteur observé), nous supposons que cette proportion commune soit suffisamment importante pour nous intéresser aussi à la première catégorie d'étude.

Cela étant dit, notre intérêt porte à présent sur les études de fratrie d'enfants autistes (*ASD sibling recurrence*). Elles nous apprennent successivement plusieurs choses. Entre 1989 et 2010, des études rapportent des estimations de récurrence allant de 3% à 14%

⁶⁴ Le Professeur Arnold Munnich est intervenu au sein du Diplôme Universitaire *Le Psychique face à la Naissance* (organisé par l'Université Paris Descartes en partenariat avec l'Hôpital Necker-Enfants malades de Paris) que j'ai suivi. Les données relatées ici sont issues de son intervention en janvier 2018, elles diffèrent de celles mentionnées dans son ouvrage paru en 2016 (il y mentionne 250 gènes connus et publiés depuis 2014 et une exploration menée entre 1998 et 2013 ayant permis de mettre en évidence une cause organique d'autisme dans 27% des cas, le plus souvent constitué d'anomalies génétiques non héritées). Cela nous montre à quel point les données en génétiques évoluent constamment.

(Ritvo et al., 1989 ; Jorde et al., 1991 ; Chakrabarti & Fombonne, 2001 ; Icasiano et al., 2004 ; Lauritsen et al., 2005 ; Sumi et al., 2006 ; Constantino et al., 2010).

L'étude de grande ampleur dirigée par le docteur en psychologie américaine, chercheur au département de psychiatrie de la *University of California* à Davis, aux États-Unis, Sally Ozonoff, en 2011, nous apporte des résultats inédits et particulièrement intéressants. En effet, dans cette enquête prospective, 664 enfants dont un aîné (par liens biologiques) présentait un TSA ont été suivis du début de leurs vie à leur 36 mois, de manière qu'ils puissent en fin de suivi être éventuellement diagnostiqués autistes – avec appui sur les outils *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)* (Lord et al., 2000) et *Mullen Scales of Early Learning (MSEL)* (Mullen, 1995)⁶⁵. Il ressort de l'étude un taux bien plus élevé de TSA chez les frères et sœurs d'enfants autistes que les études précédentes le démontraient : 18,7% (vs 3% à 14% dans les études précédentes), mais le plus intéressant ne réside pas là.

En effet, deux facteurs prédictifs fortement impactant et indépendants ont été identifiés : le sexe du bébé (*gender of the infant*) et le nombre d'aînés dans la fratrie présentant un TSA (*number of affected older siblings*).

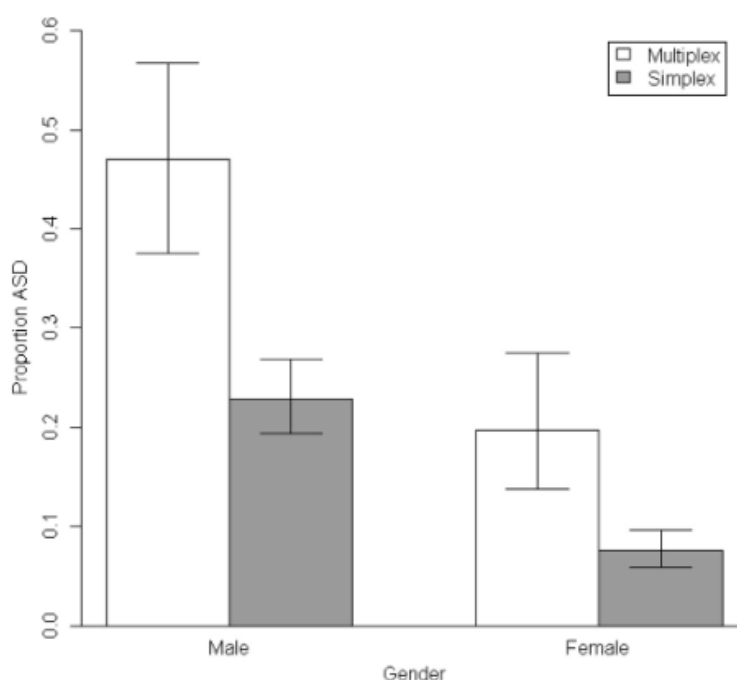


Figure 5. Risque de TSA chez le bébé dont la fratrie présente un TSA
Par sexe et par nombre d'enfant (Ozonoff et al., 2011, p. 491)

⁶⁵ L'outil *ADOS* (Lord et al., 2000), traduisible par « Échelle d'Observation pour le Diagnostic de l'Autisme », est un protocole standardisé qui mesure les comportements déficitaires spécifiques des TSA – il existe une version *ADOS-2*, mais l'étude d'Ozonoff et al. ne la mentionne pas. L'échelle *MSEL* (Mullen, 1995) est un test développemental standardisé s'appliquant de la naissance à 68 mois et permet de mesurer les capacités cognitives, langagières et motrices non verbales.

L'étude d'Ozonoff et al. (2011) démontre ainsi que :

- *Lorsque le bébé est un garçon* : il a environ 23-24% de risque de développer un TSA si un aîné de sa fratrie est autiste (*Male x Simplex*), et les risques augmentent à environ 47-48% s'il a plusieurs aînés autistes (*Male x Multiplex*) [valeur moyenne = 26,2%].
- *Lorsque le bébé est une fille* : elle a environ 8% de risque de développer un TSA si un aîné de sa fratrie est autiste (*Female x Simplex*), et les risques augmentent à environ 21% si elle a plusieurs aînés autistes (*Female x Multiplex*) [valeur moyenne = 9,1%].

Sans considérer le sexe du bébé, ce dernier a 13,5% de risque de développer un TSA s'il a un aîné autiste (*Simplex*) qui augmente à 32,2% s'il y a plusieurs aînés autistes (*Multiplex*).

De manière générale, il est intéressant de retenir que le risque chez les frères et sœurs d'enfants autistes est plus important qu'en population générale, avec environ 26% pour les garçons et environ 9% pour les filles, faisant d'eux des bébés à « haut risques d'autismes ».

D'après une méta-analyse référencée par l'INSERM, il convient aussi d'indiquer, en population autiste, un rapport de trois garçons pour une fille (Loomes et al., 2017) ; mais l'INSERM indique que ce rapport pourrait encore évoluer avec les progrès de la détection⁶⁶.

Le risque davantage accru pour les bébés de sexe masculin avait déjà été démontré avant la recherche d'Ozonoff et al. (2011) (Ritvo et al., 1989 ; Constantino et al., 2010), et le taux de récurrence pour les familles comportant plusieurs enfants autistes au sein de la fratrie mis en évidence chez Ozonoff et al. (32,2%) est similaire à celui trouvé dans une étude antérieure menée dans l'état de l'Utah (35,3% chez Ritvo et al., 1989).

Il est enfin important d'indiquer qu'Ozonoff et al. (2011) se sont également intéressés aux facteurs démographiques et familiaux tels que le Quotient Intellectuel et l'état de « sévérité » du TSA de l'aîné ; l'appartenance ethnique et l'ordre de naissance du bébé (de l'enfant) ; le niveau de scolarité et l'âge des parents. Leurs conclusions sont que ces facteurs ne sont en rien prédictifs d'autisme.

⁶⁶ Barthélémy, C. (2018, 18 mai). *Autisme : Un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles*. INSERM. Consulté le 1^{er} janvier 2021 sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

Il convient de rappeler que le facteur génétique est un facteur souvent étudié seul et que lorsque l'étude de celui-ci s'associe à une observation du retrait relationnel, un bébé ne peut être déclaré « à risques » si le second critère n'est pas vérifié.

Nous l'avons dit, le retrait relationnel est une manifestation des bébés repérés comme « à risques d'autismes » mais pas seulement. Aussi, dans un cas comme dans l'autre ce retrait relationnel peut être identifié via bien des critères indépendants ou non. Il est cependant souvent nécessaire de ne pas se fier qu'à un seul de ces critères.

Nous en avons terminé avec les spécificités du bébé présentant un « retrait relationnel ». À présent, intéressons-nous spécifiquement au dispositif thérapeutique que nous proposons à ces bébés accompagnés de leurs partenaires.

2. DISPOSITIF THERAPEUTIQUE AUTOUR DU BEBE EN RETRAIT RELATIONNEL ET DE SES PARTENAIRES

Recevoir en thérapie d'orientation analytique un bébé en retrait relationnel accompagné de ses partenaires requiert plusieurs éléments. Tout d'abord, une formation rigoureuse et spécifique est indispensable, non seulement à l'égard du bébé lui-même, mais aussi à l'égard de ce qui fait la spécificité de son comportement. Également, il est nécessaire de se doter d'une écoute attentive et bienveillante à l'égard de ceux qui l'accompagnent. Cela suppose aussi d'être à l'aise et compétent avec le dispositif et l'utilisation d'une caméra, car filmer des séances de thérapie bébé-parents est bien différent d'une utilisation du film à des fins privées. Il faut aussi percevoir la véritable utilité du film, et donc par la suite organiser un travail de supervision en s'entourant de collègues issus de champs différents spécialisés auprès des bébés. Enfin, un travail personnel d'analyse est fortement recommandé, pour le thérapeute comme pour le filmeur, puisque ce dernier tient un rôle à part entière dans le dispositif.

Dans cette partie, nous présenterons donc l'ensemble de notre dispositif thérapeutique, à savoir le *setting*, la méthode que nous qualifions de « réanimation psychique », ainsi que les outils cliniques et thérapeutiques auxquels nous avons recours auprès des bébés et de leurs partenaires. Ce dispositif thérapeutique auprès de ceux qu'elle nomme les bébés à « risques d'autismes » a été développé et affiné par M-C. Laznik depuis plus d'une trentaine d'années. Avant d'en arriver là, nous proposons un détour pour relater ce que d'autres thérapeutes ou chercheurs proposent pour accompagner ces bébés-là.

2.1. Ce que proposent les autres

2.1.1. Dans le champ psychanalytique : les travaux de Couvert

Dans le champ de la psychanalyse, il apparaît important de faire référence aux travaux de la psychanalyste belge, Marie Couvert, qui reçoit des bébés en retrait relationnel en Belgique. Couvert rejoint la pratique de M-C. Laznik, en se référant à ses postulats relatifs au ratage du troisième temps du circuit pulsionnel chez ces bébés, dans un référentiel lacano-freudien. Toutefois, elle en fait une lecture singulière particulièrement intéressante.

Couvert se livre elle aussi à un croisement des lectures proposées par Freud (1915/1968) puis Lacan (1964/1973) relativement à la pulsion. Couvert (2018) met ainsi en lumière cinq « torsions », cinq points de relectures que Lacan formule à l'égard de la théorie freudienne des pulsions. Dans la lignée des travaux de Laznik, cela permettrait de livrer un « nouvel éclairage [dans] la clinique du bébé [pour] mettre en lumière la direction de la cure » (Couvert, 2018, p. 44). Ainsi, dans la quatrième torsion énoncée, relative à la passivation du sujet, Couvert revient sur le troisième temps pour révéler comment Lacan « prend en compte l'action qui tend vers la position de passivité ». « Le bébé freudien *est regardé*, celui de Lacan *se fait regarder* » explique-t-elle (Couvert, 2018, p. 53). Aux registres de l'oralité et du scopique amenés par Freud, en lien avec ce mouvement du *se faire*, Lacan décline « se faire sucer » et « se faire regarder ». Freud n'ayant pas fermé la porte à l'existence d'éventuelles autres pulsions – « Combien peut-on proposer de pulsions ? et lesquelles ? Ici, de toute évidence, l'arbitraire a le champ libre » (Freud, 1915/1968, p. 20) – Lacan ajoute le champ de l'invocation avec le « se faire entendre » et Couvert suggère d'ajouter le « se faire toucher » dans le champ du tactile (Couvert, 2018, p. 54).

Ainsi, l'originalité de Couvert (2018) est de formaliser douze « indicateurs » pour « éclairer autrement » et « orienter plus sûrement » les directions de nos actions dans les thérapies auprès des bébés que nous recevons (p. 64). Ces douze indicateurs que Couvert suggère d'utiliser, telle une boussole pour se laisser guider dans l'observation des « points de nouage » ou à l'inverse des « points de ratage », elle les obtient en croisant les quatre registres devant se mettre en place pendant la première année de vie du sujet pour structurer la vie psychique de ce dernier (l'oralité, la specularité, l'invocation et « l'enveloppe cutanée ») et les trois temps du circuit pulsionnel (Couvert, 2018, p. 64).

Couvert (2018) nous propose un véritable guide en livrant ce qu'il en est de chaque temps, dans chaque registre, et du ratage de chacun d'eux, permettant au thérapeute de repérer avec finesse où en est le bébé, et où se situe son éventuel ratage dans le circuit pulsionnel. Elle parle à ce sujet d'« insistance pulsionnelle », suggérant que, ce qui insiste est en attente d'être pris dans le montage pulsionnel.

À noter que Couvert travaille actuellement⁶⁷ sur l'inclusion d'un cinquième champ, celui du moteur, ce qui augmenterait le nombre des indicateurs pour réfléchir sur l'orientation de la thérapie à quinze repères.

2.1.2. Les autres référentiels théoriques

De nos recherches, les thérapeutes issus d'autres référentiels théoriques prennent rarement en charge des bébés présentant des « risques d'autismes » si jeunes. Cela s'explique probablement par le manque de formation spécifique à cette population, et aussi le manque de connaissances pour dépister ces risques au plus tôt. Les bébés n'étant jamais mentionné sous le terme de « retrait relationnel » dans ces études, nous suivons les considérations des auteurs.

Hors du champ psychanalytique, des chercheurs s'intéressent aux effets de ces interventions (dénommées « ultra-précoces ») auprès de bébés « à risques » accompagnés de leurs parents. Parmi elles, une étude en 2016 co-écrite par Emily J. H. Jones, chercheuse britannique et Maître de conférences à *Birbeck, University of London* en Angleterre, et Mark Johnson, Professeur britannique et directeur du département de psychologie à la même université. Le titre se suffit à lui-même : *A revolution for the at-risk*⁶⁸. Sans mentionner la grille française PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017), les chercheurs font l'éloge de ce type d'outil. Aussi, ils encouragent les prises en charge le plus tôt possible :

« Le temps est venu de nous investir beaucoup plus dans l'intervention précoce auprès des petits à risque d'autisme et de trouble neuro-développementaux [...] des voies révolutionnaires s'ouvrent qui ciblent le développement précoce. Ces nouvelles approches pourraient transformer les débats actuels concernant l'éthique de la détection et de l'intervention précoce (...) Nous croyons que nous devons apporter des changements radicaux dans la détection et le traitement des troubles neurodéveloppementaux dès les premiers temps de la vie. » (Jones & Johnson, 2016) (Traduction proposée par Laznik & Saint-Georges, 2018, pp. 74-75)

Par ailleurs, depuis quelques années, des praticiens, notamment aux États-Unis et en Angleterre, ont essayé de mettre en place des interventions avant la première année de vie.

⁶⁷ Marie Couvert l'a abordé lors de ses formations données par l'intermédiaire de l'*Instituto Langage, "A clínica dos campos pulsionais"*, en mai 2020.

⁶⁸ La référence de cette étude et des suivantes ont été introduites par C. Saint-Georges lors d'un congrès (Saint-Georges, 2020).

Ainsi, aux États-Unis, des auteurs ont développé le *Pivotal Response Treatment (PRT)* (Steiner et al., 2013) et le *modified Pivotal Response Treatment* (Koegel et al., 2014). Le *PRT* est utilisé auprès d'enfants d'âge préscolaire atteints de TSA – mais cette méthodologie reste empirique. Ainsi, une adaptation du *PRT* pour les plus jeunes a été testée auprès de 3 nourrissons à « risques d'autismes » âgés de 4, 7 et 9 mois via une courte formation des parents. Les résultats suggèrent que l'introduction du *PRT* a conduit à une augmentation de la fréquence et de la stabilité de l'engagement social des nourrissons, et de la fidélité des parents à la mise en œuvre des procédures de *PRT* qui leur avaient été enseignées.

Bien que les résultats fournissent un soutien préliminaire pour la faisabilité et l'utilité du *PRT* auprès de bébés à « risques d'autismes », l'étude n'a porté que sur l'étude de trois cas. De plus, il n'y a pas de groupe contrôle, et la sélection de l'échantillon n'est pas explicitée.

Toujours aux États-Unis, l'*Infant Start* (Rogers et al., 2014) est développée par des chercheurs parmi lesquels Ozonoff, laquelle avait identifié à partir d'étude de fratries des prédictions de « risques d'autismes » pour les bébés à venir selon leur sexe et selon le nombre d'enfants autistes dans la fratrie (Ozonoff et al., 2011). Leur proposition consiste en un traitement pilote de 12 semaines de faible intensité avec 7 nourrissons considérés « symptomatiques » de 7 à 15 mois. En cours et en fin de traitement, il est observé que les parents sont et restent en capacité d'interagir de façon similaire à la méthodologie induite. La conclusion de l'étude est qu'il semble possible d'identifier et de recruter des nourrissons « symptomatiques », c'est-à-dire présentant des « risques d'autismes » dans une intervention parentale avant 12 mois.

Si les résultats de l'étude sont prometteurs, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une étude pilote. Les auteurs mentionnent que l'efficacité du traitement attend un essai randomisé.

Encore aux États-Unis, des auteurs dont la chercheuse américaine en psychologie du développement et de l'enfant spécialisée dans l'autisme, Geraldine Dawson, suggèrent une intervention nommée *Promoting First Relationships (PFR)* (Jones et al., 2017).

Afin d'étudier cette intervention, les chercheurs proposent un protocole sur un échantillon de 33 bébés considérés « à haut risque » de TSA. Pour 19 d'entre eux, il est proposé de suivre l'intervention parentale *PFR* entre 9 et 11 mois, tandis que les 14 restants

ne suivent pas d'intervention. Les deux groupes sont évalués à 6, 12 et 18 mois via des mesures électrophysiologiques. Les résultats de l'étude mettent en évidence que les bébés ayant suivi le programme présentent des performances neurocognitives relatives à l'attention sociale meilleures.

Bien que cette étude ait un échantillon global de 33 bébés, elle mériterait d'être répliquée sur un plus grand nombre pour gagner en crédibilité. De plus, il nous apparaît délicat éthiquement parlant de ne pas proposer « consciemment » de prise en charge à des bébés identifiés à « risques d'autismes », pour les bénéfices d'une recherche, surtout lorsque que l'on dispose d'une méthodologie qui nous semble fonctionner.

Au Royaume-Uni, un programme d'étude de grande ampleur proposé par la *BASIS Team* retient particulièrement notre attention. La *British Autism Study of Infant Siblings (BASIS) Team* est un réseau de recherche collaborative qui étudie les bébés à « risques d'autismes ». De nombreuses universités et organismes de différents pays (Royaume-Uni, Australie, États-Unis, etc.) sont affiliés et financent le réseau. Le professeur de psychopathologie du développement britannique, Simon Baron-Cohen, également reconnu pour être premier auteur de la publication de l'outil *CHAT* (Baron-Cohen et al., 2000), en fait partie, parmi d'autres scientifiques de renom.

Ainsi, la *BASIS Team* a publié plus de 40 articles depuis 2013 développant à la fois des études permettant d'améliorer les dispositifs cliniques visant à repérer d'éventuels signes précurseurs d'autisme chez les bébés de moins d'un an et des études concernant des dispositifs thérapeutiques associés (entre autres, Clifford et al., 2013 ; Green et al., 2015 ; Green et al., 2017 ; Tye et al., 2020).

Concernant le domaine clinique, il est particulièrement intéressant de se pencher sur les items étudiés et les méthodes employées. On peut ainsi citer des études sur les angoisses, sur l'activité cérébrale dans diverses régions du cerveau utilisant des EEG, sur l'habituation sonore, sur le tempérament, sur le développement du langage, sur le développement moteur, et des études sur l'activité oculaire des bébés faisant appel au *eye tracking*.

Concernant le domaine thérapeutique, une étude de 2013 porte sur une intervention de communication sociale médiée par les parents en 12 séances administrée entre 9 et 14 mois. L'étude a par ailleurs montré un effet du traitement, s'étendant sur 24 mois après la fin de l'intervention, réduisant la gravité globale des symptômes et améliorant la communication

sociale dyadique parent-enfant au cours de cette période (Green et al., 2013). Toutefois, il est intéressant de noter que leurs préoccupations portent à l'égard de bébés plus âgés que ceux que nous recevons.

Enfin, aux États-Unis, le projet *Parents and Infants Engaged (PIE)* est en cours (2017-2020). Porté par les chercheurs Linda Watson et Grace Baranek de *University of North and Southern California*, cette étude est menée auprès de 44 bébés à risques neurodéveloppementaux âgés de 11 à 16 mois, accompagnés de leurs parents.

L'objectif de cette étude est d'identifier des « signes précoces » de troubles développementaux chez les nourrissons de 11 à 16 mois à l'aide de l'inventaire *First Years Inventory (FYI)*, puis de tester une intervention de coaching parental à domicile afin d'aider les bébés vis-à-vis de troubles développementaux ultérieurs tels que troubles du langage, de régulation sensorielle et d'autisme⁶⁹.

Notons enfin que plusieurs de ces chercheurs se sont positionnés en faveur d'une intervention au plus tôt en raison de la plasticité neuronale du cerveau des bébés (Dawson, 2008 ; Webb et al., 2014 ; Jones & Klin, 2013) (cf. II,2.4.1.1.).

2.2. Le *setting* de thérapie « bébé-parents » dans le cas de bébés en retrait relationnel

2.2.1. Définition des termes

Le *setting*, traduit par « cadre » en français, est défini par Winnicott comme « l'ensemble de tous les détails concernant la conduite [*management*] de l'analyse » (Winnicott, 1955-1956/1969, p. 282) mis en place pour un patient. José Bleger, psychiatre et psychanalyste argentin, reprend le terme *setting* décrit par Winnicott et propose d'appliquer le terme de « situation psychanalytique » à « l'ensemble des phénomènes inclus dans la relation thérapeutique entre l'analyste et le patient » (Bleger, 1966/1979, p. 255). Cette situation qu'il décrit suppose un cadre, un « non-processus » qui doit être fixe et contenir des constances afin que l'on puisse y voir apparaître des phénomènes (processus).

⁶⁹ UNC School of Medicine (s. d.). *Additional Information: Parents and Infants Engaged*. Consulté le 15 janvier 2021 sur <https://www.med.unc.edu/ahs/pearls/research/participate-in-research/pie-study/>

Winnicott met également en lien l'aménagement (*management*) avec le *holding*. De la même manière que la mère doit porter et soutenir son bébé, l'analyste doit tenir ce rôle auprès de son patient, allant même parfois jusqu'à donner au patient toute la force qu'il ne parvient pas à trouver en lui (Lehmann, 2009). Il suggère aussi que l'analyste suffisamment bon s'adapte au besoin du patient : ainsi, lorsque le patient dispose d'un moi fragile (ce qui est un peu le cas des bébés que nous rencontrons, et parfois aussi le cas des partenaires qui les accompagnent, abîmés par ce bébé qui ne les regarde pas), « le cadre (*setting*) devient plus important que l'interprétation » (Winnicott, 1955-1956/1969, p. 282).

2.2.2. L'importance de l'appellation « bébé-parents » ou « bébé-partenaires »

2.2.2.1. Le bébé au cœur de nos préoccupations

Contrairement aux termes que l'on rencontre fréquemment dans la littérature (il est très souvent question de thérapie « parent-enfant » ou de thérapie « mère-bébé »), il nous apparaît important de positionner le terme de « bébé » en premier puisqu'il est le patient au cœur de la thérapie et de nos préoccupations.

Il arrive parfois que les partenaires du bébé aient eux aussi une histoire et/ou un vécu difficile, voire traumatique. Si nous pouvons l'entendre dans la séance car il convient que certaines choses puissent être dites au bébé, en revanche, il n'est en aucun cas question de faire la thérapie du partenaire au sein de cet espace qui est pensé et doit rester pensé pour le bébé. Afin de bien respecter ce cadre, il est possible de recevoir le partenaire du bébé seul, sans le bébé, à un moment autre, afin de lui permettre de déposer ce qui lui pèse et qui concerne peut-être moins l'enfant directement. Si le poids de ce vécu apparaît trop « lourd », ou comme nécessitant d'avantage d'espace pour se travailler, il conviendra d'adresser le partenaire du bébé, afin de ne pas empiéter sur l'espace thérapeutique du bébé.

2.2.2.2. Les parents ou les partenaires du bébé

Nous l'avons déjà dit, le bébé venant nous rencontrer avec ses partenaires, il est logique que leur dénomination soit associée au terme désignant la thérapie. Si nous avons choisi le terme de « parents » – de plus en plus de thérapeutes employant les termes de « thérapie bébé-parents » – il apparaît aussi tout à fait envisageable d'employer l'expression « bébé-partenaires », puisque c'est en ces termes que nous nous sommes référés à l'entourage du

bébé dans ce travail de thèse. Cela va de soi que des personnes s'occupant du bébé mais n'étant pas ses « parents » pourraient venir nous rencontrer avec lui.

Le terme de « parents », comme celui de « partenaires » d'ailleurs, est au pluriel car la participation active de tous les membres autour du bébé est primordiale pour que la thérapie puisse se dérouler le plus favorablement possible. Cependant, il pourrait aussi être envisageable qu'un bébé n'ait qu'une personne à ses côtés, et la subtilité de parent(s) avec un « s » entre parenthèse suggérée par Golse (2014), indiquant la possibilité qu'ils soient un ou plusieurs, semble particulièrement intéressante à retenir.

Lorsque nous recevons des bébés dans le schéma familial « classique », les mères que nous rencontrons sont souvent effondrées de l'état dans lequel est leur bébé, et il est fréquent qu'un sentiment de culpabilité (par ailleurs inhérent à la maternité en général) les envahisse. Il y a le fantasme que parce qu'elles ont porté le bébé, l'état de ce dernier serait forcément de leur fait. En réalité, différentes études que nous avons mentionnées dans ce travail de recherche prouvent comme ce lien causal ne peut pas être établi (entre autres, Saint-Georges et al., 2011). Ainsi les pères – une (des) tierce(s) personne(s) – au-delà de « porter » leur bébé, peuvent aussi avoir à soutenir la mère de leur enfant.

Il peut arriver que pour des raisons professionnelles (à commencer par le fait que le congé de maternité est plus long que le congé de paternité en France), les pères soient moins disponibles pour venir en séance. Il n'en reste pas moins que nous les faisons exister, symboliquement parlant : en se référant à eux dans notre discours adressé au bébé ou à la mère, etc.

Enfin, le tiret placé entre les termes « bébé » et « parents » apparaît avoir lui aussi toute son importance. Il lie les termes l'un à l'autre – ce n'est pas une barre oblique qui viendrait opposer deux termes – un peu comme l'existence du bébé est liée à celle de ses parents (de ses partenaires) dans son environnement comme dans l'espace thérapeutique.

2.2.2.3. Une thérapie ouverte à tous les bébés

Bien que le dispositif de thérapie « bébé-parents » soit majoritairement orienté pour accueillir les bébés à « risques d'autismes », du fait que M-C. Laznik soit reconnue pour prendre en charge ce types de spécificités, il demeure important de préciser qu'un dispositif ne peut pas, éthiquement et humainement parlant, se revendiquer « thérapie pour bébé dont les parents ont peur qu'il devienne autiste ». Tout d'abord, cela effraierait (et à juste titre) les parents qui ne viendraient pas. Qu'en seraient-ils des professionnels de santé qui les adressent, et donc des représentations que les parents auraient sur leur bébé ? car si certains arrivent avec la conviction que « quelque chose ne va pas », certains d'entre eux énonçant même le terme d'autisme de leur plein gré, d'autres sont adressés par un professionnel (pédiatre, médecin de crèche, PMI, etc.). Également, il est impossible de prédire avec sûreté qu'un bébé évoluera sur un versant autistique.

Par ailleurs, qu'en serait-il aussi des autres bébés que nous recevons, lorsque les partenaires du bébé ont besoin d'être rassurés face à un bébé auprès duquel ils éprouvent des difficultés d'un autre ordre (difficultés du côté du nourrissage, du sommeil, etc.) ? Cela semble donc aller de soi de nommer ce type de thérapie « bébé-parents » (ou « bébé-partenaires »), supposant donc un dispositif (et une formation spécifique du thérapeute) pour accueillir des bébés tout venants. N'est-ce pas la bienveillance, la contenance, l'accueil des souffrances sans étiquette et l'écoute qui doivent primer au sein d'un espace thérapeutique d'orientation psychanalytique ?

Ce que nous avons décrit jusqu'à présent est donc valable pour tous les types de thérapies auprès de bébés accompagnés de ses partenaires. Certains auteurs parlent de prises en charge « conjointes »⁷⁰ à l'égard de ces thérapies (Alvarez & Golse, 2008/2013⁷¹ ; Disnan & Alvarez, 2010). S'il apparaît effectivement inenvisageable de penser s'occuper du bébé sans accueillir également ses partenaires, nous ne retiendrons cependant pas cette notion.

En effet, Giulia Disnan, psychologue française, et Alvarez (2010) proposent que la notion de « psychothérapie conjointe » renvoie au soin du lien qui naît entre le bébé et ses

⁷⁰ Les premiers en France à avoir développé ce type de dispositif seraient Serge Lebovici en collaboration avec Michel Soulé dans les années 1970.

⁷¹ Alvarez et Golse (2008/2013) parlent de « psychothérapies conjointes » au sujet des prises en charge « parents-enfants » et proposent l'accueil de dyades ou triades dans un dispositif proche du nôtre où deux cliniciens sont présents pour pouvoir, en co-thérapie, être disponibles à la fois pour les adultes et pour l'enfant.

parents, plutôt qu'à un (aux) individu(s) lui (eux)-même. Si notre travail de thérapie porte effectivement sur le lien à naître entre le bébé et ses partenaires, il porte aussi et en premier lieu sur le bébé lui-même et sur sa capacité à devenir acteur de la relation (cf. II,2.3.2.).

2.2.3. Modalités du cadre : s'adapter aux bébés

2.2.3.1. Thérapie d'orientation psychanalytique avec les bébés

Freud étant le père de la psychanalyse, il convient de dire un mot au sujet de sa pensée. Freud s'intéresse au cadre de la cure psychanalytique « classique » (Freud, 1904-1919/1953), mais n'aborde pas les psychothérapies d'orientation psychanalytique dans ses écrits (Quinodoz, 2004). En raison d'entorses à la cure « type » (Bouvet, 2007), il n'est pas possible de considérer notre dispositif comme ce à quoi Freud fait référence. À titre d'exemple, nous n'utilisons pas de divan et la fréquence des séances est moindre.

Cependant, d'autres « règles fondamentales » sont intégrées à notre dispositif. Ainsi, nous essayons de recevoir le bébé et ses partenaires une fois par semaine, y compris les vacances scolaires, car une semaine de vie chez un bébé n'a pas la même valeur temporelle qu'une semaine chez un adulte. Idéalement, le jour et l'horaire de séance sont les mêmes chaque semaine. En réalité, pour des raisons organisationnelles du côté des partenaires du bébé, il arrive que ce point ne puisse pas être respecté. De plus, il s'agit de trouver un moment de la journée où le bébé va être le plus éveillé possible (cf. stade III de Prechtel, 1974), et cela peut évoluer avec le temps.

Au sein des séances, nous sommes autour du bébé. Nous lui parlons, nous pouvons jouer autour de lui et avec lui, chanter, le bercer. Il ne s'agit en aucun cas de « faire » à la place du ou des partenaires, mais plutôt de les soutenir en proposant parfois de nouvelles perspectives où le seul maître mot doit être le plaisir du lien à l'autre. Il arrive aussi que le bébé soit nourri, changé, ou bien qu'il dorme. C'est aussi à un extrait de sa vie quotidienne que nous pouvons assister. Nous laissons la discussion avec le parent émerger au gré de ce qu'ils souhaitent amener autour de leur enfant, ce que l'on pourrait rapprocher de l'association-libre.

Ainsi, nous considérons les thérapies bébé-parents comme des thérapies « d'orientation psychanalytique ».

2.2.3.2. La caméra et le filmeur

Nous l'avons dit, toutes les séances de thérapie bébé-parents sont filmées par un thérapeute (ou en formation pour le devenir), d'orientation psychanalytique et en analyse personnelle.

Filmer est essentiel, car être attentif au langage verbal et non verbal de chacun des protagonistes s'avère difficile en séance. Le film constitue ainsi un véritable outil clinique indispensable pour pouvoir (re)travailler à posteriori, que ce soit sous forme de supervision ou pour évaluer l'évolution du bébé.

Rares sont les publications relatives à cet aspect de la thérapie bébé-parents. Géraldine Llabador, psychologue française et psychanalyste, propose quelques pistes de réflexion particulièrement intéressantes. Elle rejoint nos considérations autour de la non mise en place du circuit pulsionnel « complet » chez ces bébés-là et se base sur sa propre expérience de filmeur.

Llabador (2018) insiste sur la présence d'un filmeur derrière la caméra pour pouvoir répondre au bébé lorsqu'il se tourne dans cette direction. « Toute production de communication (perçue) doit être reprise et entendue comme ayant une adresse » (Llabador, 2018, p. 84). En ce sens, elle définit un « plan tiers » (Llabador, 2018) et fait l'hypothèse que certains bébés puissent commencer par considérer le filmeur en premier car à distance, donc moins « effrayant » que le thérapeute au premier plan. Ce « plan tiers » permettrait aussi, lorsque le thérapeute est sollicité ailleurs, de pouvoir « récupérer » ce « temps réel » qui sinon serait « perdu », faisant ainsi du filmeur le « porte-parole » du bébé.

Non sans nous rappeler la suggestion de Beebe qui percevait la micro-analyse comme un « microscope social » (Beebe, 2014), Llabador présente la caméra comme « une sorte de microscope temporel » (Llabador, 2018, p. 82) permettant d'accéder à un matériel précieux. Le film, dit-elle, permettrait de mieux percevoir la temporalité et l'intentionnalité du bébé, puisqu'il peut arriver que ce dernier réponde à une sollicitation en différé.

2.3. Description d'une méthode

Les éléments du dispositif définis, essayons à présent d'explicitier le processus à l'œuvre avec un bébé au développement dit « typique » et un bébé en retrait relationnel.

2.3.1. La notion de « réanimation psychique »

En 2006, pour passer des « bébés qui troublent leurs parents » à « des petits qui auraient plaisir à s’amuser avec eux », Laznik mentionne pour la première fois le fait de « procéder à une véritable réanimation psychique » (Laznik, 2006, p. 73). Plus tard, dans une vignette clinique, elle suggère qu’il « [s’agisse] d’essayer de redonner aux petites Marines de moins de 2 ans, l’envie d’entendre la voix humaine et de regarder le visage de leur entourage proche » (Laznik, 2013, p. 108).

Intéressons-nous à l’étymologie des termes. « Réanimation » est composé du terme « animer » auquel on a ajouté le préfixe « ré » et le suffixe « ation ». « Animer », en latin *animare*, signifie « donner de la vie », le terme vient de *anima* qui veut dire « souffle, vie »⁷². Le préfixe « ré » employé ici exprime la répétition, dans le sens d’une reprise après une interruption : on donne de la vie car elle a cessé d’être. Le suffixe « ation », lui, marque « l’action de ». C’est donc de l’action de réanimer qu’il est question.

Psychique est un mot dérivé de « psyché », issu du grec ancien *psukhē*, *ψυχή*, qui signifie « âme, souffle de vie »⁷³, auquel on a ajouté le suffixe « ique ».

Ces définitions sont très intéressantes car, dans l’une comme dans l’autre, la notion de « souffle » et de « vie » sont présentes.

Le dictionnaire Larousse définit le terme de « réanimation » comme l’« ensemble des moyens et des soins mis en œuvre par un médecin pour rétablir ou surveiller une fonction vitale (respiration, circulation, etc.) menacée à court ou à moyen terme spécialité médicale correspondante »⁷⁴. Prenons chaque élément de la définition et essayons de transposer les choses dans notre contexte.

La thérapie telle que l’a développée M-C. Laznik et telle que nous essayons de la décrire dans ce travail de recherche renvoie bien à un « ensemble de moyens et de soins », nous y viendrons plus tard lorsque nous développerons les outils cliniques que nous utilisons.

⁷² Animer. (2020, 4 octobre). Dans *Wiktionnaire*. <https://fr.wiktionary.org/wiki/animer>

⁷³ Psychique (2020, 31 août). Dans *Wiktionnaire*. <https://fr.wiktionary.org/wiki/psychique>

⁷⁴ Réanimation (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 21 mai 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reanimation/66843>

Ces outils cliniques sont mis en œuvre, non pas par un médecin mais, dans notre cas, par un « spécialiste du psychisme » : le psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue psychothérapeute – aussi appelé « thérapeute », ou encore le psychanalyste.

Ils sont mis en œuvre « pour rétablir ou surveiller une fonction vitale », celle de l'appareil psychique.

Cette fonction vitale est dans notre cas également « menacée à court ou à moyen terme ». Ainsi, nous pouvons bien parler de « réanimation psychique ».

Toutefois, il n'y a pas que le bébé qui est à considérer. Nous l'avons dit, c'est du bébé et de ses partenaires que le thérapeute doit s'occuper, et face à un bébé qui n'entre pas en relation, les compétences parentales, pourtant présentes à l'initial dans la grande majorité des cas, s'éteignent.

Je pense que très tôt quelque chose rate du côté du bébé, je le constate dès la naissance (...) C'est le bébé qui ne répond pas qui détruit, en quelques mois, les compétences des parents, ou tout au moins la confiance qu'ils ont en eux. (Laznik, 2006, p. 54)

La réanimation psychique peut donc aussi concerner les partenaires du bébé. C'est par le « plaisir » que les choses semblent ainsi pouvoir se désamorcer, tant du côté du bébé que du côté de ses partenaires. Comment « raviver » ces potentiels des partenaires et la confiance que ces derniers ont en eux-mêmes face à ces bébés qui leur refusent tout contact ? Là va résider tout le travail du thérapeute.

2.3.2. Mise en schéma

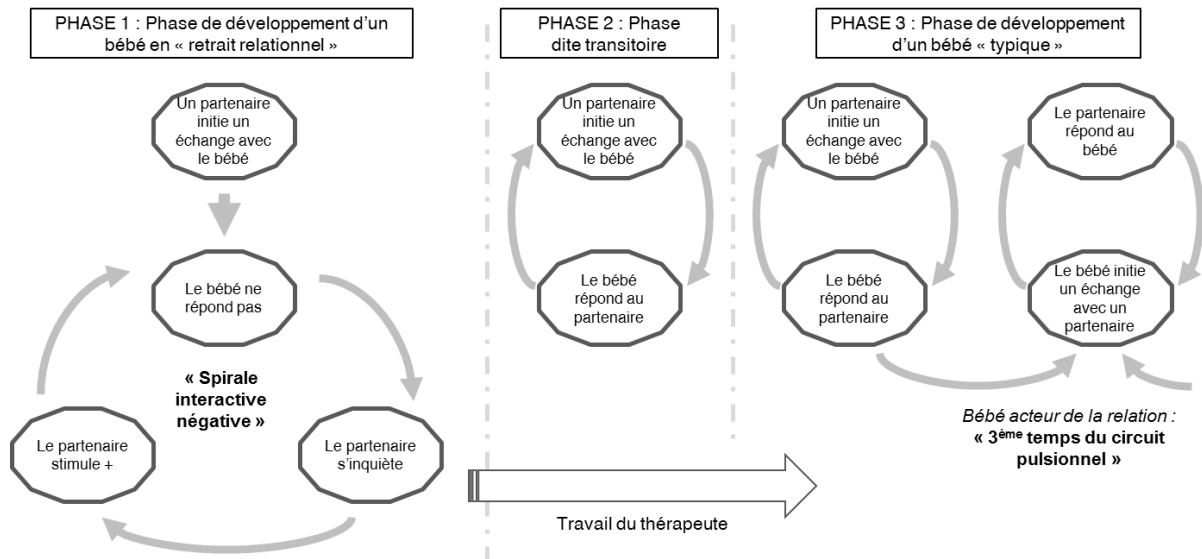


Figure 6. Représentation du travail de thérapie proposé au bébé et à ses partenaires

2.3.2.1. Qu'en est-il du bébé dit « typique » ?

Il est plutôt fréquemment admis de dire que le partenaire communique avec son bébé dans un premier temps puis qu'ensuite, le bébé va répondre à son (ses) partenaire(s) jusqu'au moment où il sera capable d'entrer en relation de sa propre initiative. C'est bien à partir de ce moment précis qu'on considèrera le bébé comme acteur de la relation car accédant au troisième temps du circuit pulsionnel [PHASE 3].

Pourtant, les auteurs dont nous avons déjà recensé les travaux (Winnicott, 1949b/2002, 1949c/2002 ; Brazelton, 1973/1983 ; Trevarthen, 1979, 2019 ; Gopnik et al., 1999/2005 ; Alvarez & Golse, 2008/2013 ; Parlato-Oliveira, 2019) s'accordent pour dire que quelque chose peut aussi venir spontanément du bébé, du fait qu'il soit une personne à part entière avec des potentiels qui lui sont propres, et ce dès la naissance (et même dès la vie prénatale pour certains auteurs) (cf. I.1.3.). Proposons donc que les actions puissent d'emblée venir autant du bébé vers ses partenaires que des partenaires vers le bébé.

2.3.2.2. Qu'en est-il du bébé en retrait relationnel ?

Nous suggérons qu'un partenaire du bébé essaye d'entrer en contact avec le bébé en initiant un échange. Le bébé peut ne pas répondre (flèche à sens unique) [PHASE 1]. Parfois

en réalité, il peut aussi arriver que nous ne nous situions pas encore à cette phase, lorsque les partenaires ne sollicitent pas (ou plus ?) le bébé. Nous pourrions donc tout à fait imaginer une phase sans flèche entre les protagonistes, étape qui pourrait arriver à la suite de la phase 1 ou en dehors de celle-ci.

Ainsi, le bébé ne répond pas, au moins il regarde, au plus le partenaire, de façon légitime, s'inquiète. Des études que nous avons relatées démontrent qu'au plus les partenaires sentent que quelque chose ne va pas dans le lien avec leur bébé, au plus ils vont le stimuler physiquement pour espérer avoir un contact (Saint-Georges et al., 2011) ... mais au plus les partenaires s'inquiètent, au plus ils stimulent le bébé (*Regulation Up*), au plus le bébé peut se sentir envahi et se fermer, pour se protéger. C'est le début de la « spirale interactive négative » (Saint-Georges-Chaumet, 2011).

Progressivement, la répétition de ce cercle vicieux abîme, voire détruit, les potentiels des partenaires car les échanges ont lieu dans un sens unique. C'est bien pour cette raison que nous disions précédemment que la « réanimation psychique » du bébé peut aussi concerner les partenaires de ce dernier. Une grande attention et une grande écoute doivent en tout cas leur être portée en ce sens.

L'intervention du thérapeute peut ainsi apparaître utile pour essayer de faire cesser cette spirale, voire de l'inverser. L'idée est donc dans un premier temps que le contact puisse s'établir afin que des échanges aient lieu (passage d'une flèche à sens unique à une flèche à double sens) puis dans un second temps, que l'échange puisse être initié par le bébé. C'est à force de répétition de cet échange qui peut avoir lieu dans le plaisir que les choses vont s'inscrire (Kandel, 2006/2007) pour, nous l'espérons, ne plus jamais s'arrêter.

Le thérapeute va ainsi utiliser des potentiels auxquels les partenaires peuvent avoir recours, et progressivement, les partenaires vont pouvoir à nouveau s'en saisir. C'est donc finalement en ces potentiels des partenaires que nos outils de travail auprès du bébé puisent leurs sources.

Il convient de rappeler que nous avons parfaitement conscience que les situations ne sont pas jamais aussi linéaires ou aussi « simples » dans la réalité. Aussi, les interactions entre un bébé et ses partenaires requièrent d'être considérées dans un modèle interactif et

bidirectionnel (Stern, 1971/1983 ; Cohn & Tronick, 1988 ; Beebe, 2014 ; Lebovici et al., 1989).

Loin de nous l'idée de minimiser la complexité de la situation, ou celle d'attribuer la « faute » à l'un des protagonistes de la rencontre (ou de la non-rencontre). L'idée de ce schéma est davantage d'essayer de décrire la méthode de thérapie bébé-parents dans le cas de bébé en retrait relationnel. Elle n'enlève en rien la singularité que nous reconnaissons en chaque individu, en chaque bébé, et en chaque partenaire de ce dernier.

Tout l'enjeu de la thérapie bébé-parents va ainsi consister en le fait de passer de la gauche du schéma à la droite. Pour ce faire, des outils cliniques et thérapeutiques sont à la disposition du thérapeute, mais aussi des partenaires.

2.4. Les outils cliniques et thérapeutiques

Les outils cliniques et thérapeutiques utilisés dans ce dispositif sont issus, pour la quasi-totalité, du courant psychanalytique. C'est sur ces outils que le thérapeute va s'appuyer pour espérer un déroulé optimal de la thérapie.

Il est intéressant de distinguer outils cliniques d'outils thérapeutiques. En effet, les outils cliniques vont être là comme outils de « repérage » ou de « suivi ». En l'occurrence, nous sommes intéressés par le fait de savoir si le bébé est effectivement à « risques d'autismes » ou non. Par exemple, la grille PREAUT-OLLIAC ou l'écoute des partenaires du bébé sont des outils cliniques.

Les outils thérapeutiques, eux, comme leur nom l'indique, vont davantage s'inscrire du côté du « prendre soin » du bébé. On peut citer, par exemple, le recours au mamanaï pour s'adresser au bébé, ou encore l'installation du bébé, avec des considérations empruntées à la sensori-motricité.

Notons que certains outils peuvent à la fois être cliniques et thérapeutiques. C'est par exemple le cas du mamanaï : nous l'avons indiqué comme outil thérapeutique, mais il peut aussi être un outil clinique intéressant pour repérer les bébés « trompe l'œil ». De même, la grille PREAUT-OLLIAC est en soi un outil clinique, mais le troisième temps du circuit pulsionnel absent chez le bébé à « risques d'autismes » – sous-jacent à la constitution de la grille PREAUT-OLLIAC – constitue également un outil thérapeutique, dans le sens où c'est

en s'appuyant sur le plaisir dans le jeu avec le bébé que nous allons pouvoir faire venir le bébé jusqu'à nous, lui offrant par la suite la possibilité d'être, lui, acteur de la relation, et donc d'accéder au troisième temps du circuit pulsionnel.

Par ailleurs, les outils cliniques et thérapeutiques vont s'adresser au bébé, aux partenaires ou à la dyade (triade) qu'ils forment.

2.4.1. Du côté du bébé

2.4.1.1. Une thérapie rendue possible par la plasticité neuronale et l'épigénétique

Les études neuroscientifiques ont permis ces dernières années une grande avancée dans la compréhension du développement du cerveau et de ses malléabilités, en lien également avec l'influence possible de facteurs environnementaux. Deux notions retiennent particulièrement notre attention : la « plasticité neuronale » et l'« épigénétique ».

Avant d'en venir là, il apparaît intéressant de décrire brièvement les liens désormais possibles entre psychanalyse et neurosciences.

2.4.1.1.1. Psychanalyse et neurosciences : l'apport d'Eric Kandel

Pour évoquer ce « croisement inattendu » entre psychanalyse et les neurosciences (Ansermet & Giacobino, 2012), nous nous sommes intéressés aux travaux d'Eric Kandel, psychiatre et chercheur en neurosciences américain au *Center for Neurobiology and Behavior* à *Columbia University* aux États-Unis.

Avant de se tourner vers le champ neuroscientifique, la psychanalyse occupe une grande place dans la vie de Kandel, à commencer par son enfance pendant laquelle il habite avec ses parents et son frère un appartement proche « du 19 Bergasse, où se trouvait l'appartement de Sigmund Freud » (Kandel, 2006/2007, p. 21). Par la suite, pendant ses études, Kandel développe une « fascination pour la psychanalyse » (Kandel, 2006/2007, p.15) puis étudie la médecine et se spécialise en psychiatrie, dans l'idée première d'être psychanalyste – à l'époque, la plupart des psychanalystes étaient médecins. En 1952, des avancées majeures dans la médecine ont conduit Kandel à revoir ses projets, avec un intérêt grandissant pour la biologie du cerveau.

Bien plus tard, en 1998 puis 1999, Kandel, alors chercheur en neurobiologie et comportement du département de psychiatrie de *Columbia University* aux États-Unis, invite la psychanalyse à se rapprocher des neurosciences dans deux articles publiés chez *American Journal of Psychiatry* et traduits dans une revue française d'obédience psychanalytique (Kandel, 2002, 2002b).

En 2000, il reçoit le prix Nobel de physiologie ou de médecine pour sa découverte relative aux modulations du fonctionnement des synapses essentielles dans l'apprentissage et la mémoire⁷⁵. Tout cela accélère sans doute la création d'une société internationale de Neuropsychanalyse⁷⁶ la même année.

Au-delà de cette considération de la psychanalyse, les travaux de Kandel nous enseignent spécifiquement dans la clinique auprès des bébés en retrait relationnel. En effet, ce dernier met en évidence que le plaisir partagé qu'un enfant peut éprouver avec son partenaire peut avoir un effet sur l'expression des gènes et sur le développement durable de nouvelles connexions cérébrales :

Impossible de dire en détail comment un souvenir complexe comme ce jeu avec ma voiture télécommandée [Nbdp : Il parle de la voiture avec laquelle il avait joué avec son père, père dont il sera séparé plus d'un an pendant la guerre] est stocké dans mon cerveau mais voici un exemple simple : l'hippocampe [...] permet le stockage d'informations complexes, sur les gens, les lieux et les objets. [...] Un signal est envoyé à l'hippocampe depuis la voiture bleue, via la zone de mon cerveau qui gère la vue. [...] Si cela me procure *du plaisir* [emphase ajoutée par les auteurs] et que c'est important, j'active un système de régulation dans le cerveau [...]. Il libère un neurotransmetteur pour renforcer la connexion synaptique. Les synapses n'ont plus un terminal, mais trois. Je ressens donc très fort le *sentiment de plaisir* [emphase ajoutée par les auteurs]. [...] Ce moment était si intense émotionnellement et si important que je l'ai gravé de manière permanente. J'ai modifié l'expression des gènes dans mes neurones, des connexions synaptiques sont créées. [Propos de Kandel, 2010] (cité par Laznik & Saint-Georges, 2018, p. 76)⁷⁷

⁷⁵ Nobel Prize. (2020, 9 octobre). *Communiqué de presse : Le prix Nobel de physiologie ou de médecine 2000*. Consulté le 5 janvier 2021 sur <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2000/7616-communique-de-presse-le-prix-nobel-de-physiologie-ou-de-medecine-2000/>

⁷⁶ Mark Solms, psychanalyste et neuropsychologue sud-africain, a créé la société internationale de Neuropsychanalyse en 2000. Leur revue *Neuropsychanalysis* compte parmi les membres du comité de rédaction des professionnels issus des deux champs, dont Kandel (Lestienne & Lotstra, 2009).

⁷⁷ Dans son livre *À la recherche de la mémoire, une nouvelle théorie de l'esprit*, Kandel (2006/2007) relate ce souvenir mais ne formule pas ses idées de la même façon, et surtout n'emploie pas les termes de « plaisir » qui nous intéressent tout particulièrement. Ainsi, nous avons fait le choix de citer ses propos relatés par Laznik et Saint-Georges (2018), extraits d'un documentaire réalisé par Petra Seeger (2009), intitulé en français *À la recherche de la mémoire. Eric Kandel, la passion d'une vie*. Il n'est désormais plus disponible en accès libre.

Le fait qu'un bébé ne suscite pas spontanément la relation avec l'autre peut ainsi être perçu comme non définitif et l'on peut poser l'hypothèse qu'en intervenant suffisamment tôt, on pourra inverser cette tendance naturelle de ces bébés en retrait relationnel.

Pour comprendre ces processus à l'œuvre, nous allons maintenant développer ce qu'est la plasticité neuronale, et également en quoi elle est un outil fondamental dans notre démarche d'intervention.

2.4.1.1.2. La plasticité neuronale du bébé, motif d'une intervention au plus tôt

Dans le cerveau des bébés, c'est un peu comme dans le Vieux Paris quand il y avait un million de petites ruelles serpentant dans toutes les directions. Dans le cerveau des bébés, il y a beaucoup de chemins différents et de connexions possibles d'une cellule nerveuse à une autre cellule nerveuse. Pendant le développement, les routes qui sont très utilisées sont maintenues et renforcées, et celles qui ne servent pas disparaissent. Le cerveau des adultes ressemble donc plus à Paris après les réaménagements de Monsieur Haussmann : les Grands Boulevards, de grandes routes droites pour aller vite d'un endroit à l'autre, de façon très directe, mais il n'y a plus les petits raccourcis qu'on trouve dans le cerveau du bébé. (Gopnik, 2016)

2.4.1.1.2.1. Tentative de définition

Le cerveau adulte est doté de près de 100 milliards de cellules nerveuses, les neurones, que Gopnik et al. (1999/2005) comparent au nombre d'étoiles dans la Voie lactée. Le bébé naît avec presque tout autant de neurones (avec une création in-utero de 250 000 neurones à la seconde), puisque le nombre de neurones resterait relativement stable au cours de la vie indique les neuroscientifiques français, Jean Mariani et Danièle Tritsch (2018).

Pourtant, il est bien connu que le cerveau humain n'en a pas fini de grandir, en termes de taille et de poids. À la naissance, il ne ferait que le quart de sa taille adulte (Gopnik et al., 1999/2005 ; Didierjean-Jouveau, 2005/2018).

Deux points expliquent cela. Tout d'abord les neurones grandissent en taille, mais plus intéressant encore, tous les neurones sont raccordés par des connexions, autrement appelées « connexions synaptiques », qui constituent un véritable réseau. Il convient d'indiquer que chaque neurone est spécifique pour recevoir un type d'information particulière. Pour pouvoir

communiquer avec les autres neurones sensibles aux mêmes informations qu'eux, l'équivalent d'un réseau téléphonique se constitue (Gopnik et al., 1999/2005).

Ces connexions synaptiques commencent à se créer dans le cerveau du bébé dès la période in-utero, c'est la « synaptogenèse » qui va aussi se poursuivre après la naissance. Gopnik et al. (1999/2005) expliquent que les neurones communiquent via des « décharges électriques », aidés par le phénomène de « myélinisation » (gaine de protéine enveloppant les nerfs qui accélère la transmission d'informations). Quand des neurones envoient des signaux en même temps, une connexion s'établit entre eux (Shatz, 1990). C'est à force que l'information à communiquer se répète entre eux que des connexions durables peuvent s'établir (Huttenlocher, 1979, 1990 ; Huttenlocher & de Courten, 1987 ; Chugani, 1998). Les chercheurs en livrent une image très parlante : « Comme en télémarketing, on appelle tout le monde en espérant que quelqu'un dira oui. Quand une autre cellule répond, et répond suffisamment souvent, un lien plus permanent s'établit » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 231).

Durant les premières années de vie, les connexions vont continuer à se multiplier de manière exponentielle. À chaque seconde, le cerveau du bébé effectuerait entre 700 et 1000 nouvelles connexions (Shonkoff, 2016). Cela est dû aux multiples expériences que le bébé appréhende, et ces expériences peuvent être d'une grande variabilité. Shonkoff (2016) nous invite à ne pas sous-estimer ce qu'il peut se passer dans la vie d'un bébé et à quel point son cerveau peut réagir à tout ce qui l'entoure : de manière positive pour se construire une base solide... mais aussi de façon « perturbée », créant de plus grands risques – il insiste sur le terme de « risques » – de problèmes futurs.

Ainsi, seulement 10% de ces connexions sont présentes à la naissance (Vidal, 2012). Pour autant, l'activité neuronale mesurée chez le bébé est bien plus intense que celle de nos cerveaux adultes, en raison de la création de ces connexions justement (Gopnik et al., 1999/2005).

Pour imaginer la construction du cerveau, il est possible de reprendre la métaphore du cerveau du bébé comme un ordinateur, proposée par Gopnik et al. (1999/2005). À la différence de l'ordinateur qui ne fonctionne qu'après un assemblage de puces et de branchements spécifiques, le cerveau humain, « réaménage en permanence sa propre installation électrique, et les circuits installés dépendent fortement de l'expérience : tout ce

qu'un bébé voit, entend, goûte, touche et sent influence la manière dont son cerveau se connecte. Ce, dès la naissance » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 226). C'est sur cette adaptation aux expériences et ce réaménagement permanent que se fonde la plasticité neuronale (Amad & Thomas, 2015).

Pierre Gressens, chercheur et neurobiologiste français, suggère la définition suivante :

La plasticité cérébrale est la capacité du cerveau à être influencée par l'expérience et c'est aussi, de manière plus générale, la capacité du cerveau à apprendre et se souvenir. Le cerveau garde une certaine plasticité tout au long de la vie même si cette plasticité est plus importante au cours du développement. La plasticité c'est aussi la capacité du cerveau à se restructurer, à s'organiser après une lésion. (Gressens, 2015, p. 98)

Cette capacité cérébrale à s'adapter en permanence à l'environnement ou aux expériences rencontrées est un phénomène intrinsèque au fonctionnement cérébral (Amad & Thomas, 2015) qui s'appelle « plasticité neuronale », « plasticité cérébrale », ou encore « neuroplasticité »⁷⁸. Ainsi, puisque notre bagage subjectif teinte ce réaménagement permanent, chaque cerveau est unique.

La plasticité neuronale comprend ainsi par exemple le phénomène d'« élagage synaptique » (Chugani et al., 1987 ; Chugani, 1994 ; Huttenlocher, 1994). Nous y avons déjà fait référence lorsque nous avons introduit les potentiels linguistiques du bébé, indiquant que le cerveau du bébé se spécialise dans la langue qu'il appréhende dans son environnement. Ainsi, parmi les connexions synaptiques créées, le cerveau ne va conserver que celles qui sont le plus fréquemment utilisées. L'élagage synaptique va conduire à la diminution progressive, puis à la disparition des connexions synaptiques estimées les moins « utiles » - également appelée la « mort cellulaire programmée ». Au même moment les connexions synaptiques identifiées comme les plus empruntées pour transmettre des informations au cerveau, codant donc ce que le bébé expérimente le plus, vont à l'inverse se renforcer et l'un ne peut pas aller sans l'autre.

⁷⁸ Charrier, C. (s. d.). *La plasticité synaptique, un élément clé dans l'évolution humaine*. INSERM. Consulté le 5 janvier 2021 sur <https://www.inserm.fr/recherche-inserm/portraits-chercheurs/laureats-erc/cecile-charrier-plasticite-synaptique-element-cle-dans-evolution-humaine>

2.4.1.1.2.2. D'où nous vient la plasticité neuronale

La lecture d'études en préhistoire proposée par Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau, auteure française spécialisée dans le maternage et l'allaitement, est extrêmement intéressante pour expliquer l'existence de ce phénomène. Il est en effet légitime de se poser la question : comment expliquer que le bébé naisse sans un cerveau mature ? Pourquoi notre organisme n'autorise-t-il pas le fœtus à rester dans le ventre de sa mère plus longtemps pour parfaire cette maturation ?

Les préhistoriens expliquent que le passage à la station bipède a modifié le « canal de la naissance » (Rosenberg & Trevathan, 1995), rendant ainsi l'accouchement plus difficile. Didierjean-Jouveau (2005/2018) explique que si le cerveau de l'homme, et donc la taille de son crâne, ont beaucoup grossi, le bassin des femmes en revanche, lui, ne s'est pas élargi en conséquence. Si le bébé humain naissait à proprement parler « à terme » (l'auteur propose le parallèle avec l'état d'achèvement d'un poulain ou d'une antilope qui gambade moins d'une heure après sa naissance), le bébé devrait naître dix à douze mois plus tard... ce qui rendrait impossible le passage de la tête par les voies naturelles.

La nature est donc plutôt bien faite : pour que la femme puisse accoucher par voie vaginale, les bébés sont donc obligés de naître prématurément. Après la naissance, il y aurait donc une période d'environ un an pendant laquelle le développement des différents systèmes (nerveux, digestif, immunitaire, etc.) se poursuivent. Didierjean-Jouveau propose ainsi le terme de « grossesse hors utérus » (Didierjean-Jouveau, 2005/2018, p. 20), là où les anthropologues parlent des nourrissons comme des « fœtus ex utero ».

Une autre explication complémentaire trouve, elle, son explication dans la variabilité d'environnement auquel peut être soumis un bébé humain à sa naissance depuis des millénaires. Le phénomène trouverait donc aussi son explication dans une certaine vision de l'évolution.

Tout cela nous montre bien la vulnérabilité à laquelle est exposé un bébé, et donc l'importance cruciale d'un environnement sécurisé et à l'écoute de ses besoins physiologiques. Toutefois, cela nous dote aussi d'un atout phare pour notre travail en thérapie : nous avons une fenêtre temporelle d'action thérapeutique particulièrement ciblée. En effet, puisqu'à cet âge (avant douze mois), le cerveau n'en a pas fini avec sa construction, une certaine malléabilité demeure.

2.4.1.1.2.3. Une intervention minutée

Ainsi la plasticité neuronale est un véritable atout pour la mise en œuvre de notre travail en revanche son apport est limité : notre fenêtre temporelle d'action thérapeutique est limitée dans le temps. En effet, nous l'avons dit, c'est pendant cette période que l'on pourrait appeler « période critique » ou « période sensible » – mais pendant cette période seulement – que les circuits neuronaux vont avoir une capacité particulière d'adaptation aux informations qu'ils vont recevoir de leur environnement (Werker & Hensch, 2015 ; Gopnik et al., 1999/2005 ; Dehaene, 2013).

Pour illustrer cette limite, les études chez les animaux nous montrent comme il semble exister une « horloge biologique » les concernant, comme si une fois le délai passé, ils ne pouvaient plus apprendre de l'expérience. Nous pouvons citer, parmi de nombreuses autres, l'étude des neuroscientifiques canado-américain et suédois, David Hunter Hubel et Torsten N. Wiesel, prix Nobel 1981 de physiologie ou médecine, pour une découverte sur « les mécanismes de transmission de l'information dans le système visuel ». Hubel et Wiesel (1963, 1965, 1970) ont recouvert un des deux yeux à des chatons à la naissance. Après plusieurs mois, lorsque les chercheurs ont retiré les caches, les circuits neuronaux entre l'œil recouvert et le cerveau ne s'étaient pas fait chez les chatons si la recouvrance avait dépassé un certain seuil temporel, exactement comme si l'œil était aveugle, alors que d'un point de vue optique, il était fonctionnel. Le cerveau des chatons avait réorganisé tout son circuit en ne tenant compte que des informations reçues de l'œil opérant, puisque ne recevant aucune stimulation de l'œil masqué. Hubel et Wiesel ont établi qu'une stimulation des yeux doit avoir lieu entre 30 et 80 jours post-naissance pour que la connexion entre le nerf optique et le cerveau puisse advenir. Si cela n'arrive pas avant 80 jours de vie, l'animal restera aveugle jusqu'à la fin de ses jours.

Appliqués à l'humain, certaines « possibilités », potentialités comme nous les avons nommées précédemment, disparaissent et ne reviendront jamais, rappelons-nous par exemple l'étude de Kuhl (1985) (cf. I,1.3.2.4.4.) où les sons [l] et [r] étaient perçus par les bébés japonais et les bébés américains à 7 mois, mais ne l'étaient plus par les bébés japonais trois mois après. Cela pourrait aller de soi de dire que le cerveau adulte d'un japonais ne pourra pas, lui non plus, discriminer le son [l] du son [r].

2.4.1.1.2.4. *Comment s'en servir alors ?*

À l'inverse, pour illustrer son utilisation, Gopnik et al. (1999/2005) font l'hypothèse que l'apprentissage pourrait jouer un rôle non négligeable. En référence à des études impliquant une méthode d'apprentissage avec un « langage exagéré » (Merzenich et al., 1996 ; Tallal et al., 1996 ; Tallal et al., 1998), les chercheurs mettent en évidence que les enfants dyslexiques d'âge scolaires, accompagnés par l'écoute d'enregistrements modifiés par ordinateur amplifiant les différences entre les sons les mettant en difficultés, parviennent à s'améliorer dans la distinction des catégories sonores... mais, peut-être, le plus intéressant réside-t-il dans l'hypothèse de Gopnik et ses collègues : « Ce langage “exagéré” que les enfants dyslexiques écoutent dans le cadre de leur traitement agit un peu comme le parler maternant⁷⁹ » (Gopnik et al., 1999/2005, p. 241).

Les considérations de Gopnik et al. (1999/2005) ne rejoignent-elles pas là exactement ce que nous faisons, à savoir répéter, presque exagérément, le plaisir d'être ensemble pour montrer au bébé comme le lien à l'autre peut être bon et pas forcément menaçant ? N'est-ce pas d'une certaine manière un « apprentissage au plaisir » auquel nous nous livrons à chaque séance, jusqu'à ce que le bébé soit en mesure de l'expérimenter lui-même et n'ait plus besoin de nous ?

Nous allons à présent aborder la notion d'épigénétique, car la plasticité neuronale du bébé ne serait pas le si grand atout qu'elle représente dans nos thérapies bébé-parents sans l'existence de cette dernière.

2.4.1.1.3. *La révolution nommée épigénétique*⁸⁰

Une clarification en génétique, ou tout au plus un rappel pour les plus avertis, est indispensable pour bien saisir la suite de notre propos. Tout comme nous l'avons dit pour les neurones – puisqu'un neurone est une cellule du cerveau – chaque cellule de notre corps a un

⁷⁹ Gopnik et al. (1999/2005) nomment « parler maternant » le *motherese*, que nous nommons « mamanais ».

⁸⁰ « Les gènes sont définis, mais pas leur fonctionnement. Là réside la révolution nommée épigénétique » (Giacobino, 2018, p. 11).

rôle bien particulier. Ainsi, une cellule d'un muscle sera différente d'une cellule d'un os, elle-même différente d'une cellule de peau et ainsi de suite⁸¹.

Au sein de chacune de ces cellules, dans le noyau, se trouve 23 paires de chromosomes. Au sein de chacun des chromosomes se trouve une molécule particulière, appelée ADN (constituée des nucléotides A, T, G, C), que l'on modélise par une longue échelle enroulée sur elle-même.

Le gène est un morceau de cet ADN et correspond à une information génétique qui code pour une protéine unique. C'est donc le gène, par l'intermédiaire des protéines qu'il contient, qui va indiquer à chaque cellule le rôle qu'elle doit tenir dans notre organisme. Ainsi, environ 22 500 gènes⁸² contiennent toutes les informations nécessaires pour constituer chacun de nous, et déterminent notre groupe sanguin, la couleur de nos yeux, de nos cheveux, etc. Pour l'imager, on peut se représenter des poupées gigognes russes (Ansermet & Giacobino, 2012 ; Giacobino, 2018).

Le gène est donc une très petite portion de chromosome, et comme chaque chromosome se présente en double (on parle bien de « paires de chromosomes »), chaque gène est aussi présent en double dans nos cellules (« allèles »), et les copies, car issues du patrimoine maternel et paternel, diffèrent l'une de l'autre.

Lorsque l'on comprend tout cela, il est logique d'envisager que l'on est sans doute assigné à recevoir 11 250 gènes du patrimoine « paternel » (masculin) et 11 250 gènes du patrimoine « maternel » (féminin), sans aucune échappatoire possible. Ainsi Giacobino (2018) titre son ouvrage paru récemment chez Stock, *Peut-on se libérer de ses gènes ?* Le sous-titre qu'elle mentionne nous livre déjà des pistes : *L'épigénétique*.

L'« épigénétique » est un terme inventé par le biologiste britannique Conrad Waddington en 1942 pour rapprocher le champ de l'épigénèse de celui de la génétique, nous explique Edith Heard (2013), généticienne britannique, directrice du *European Molecular Biology Laboratory* à Heidelberg, en Allemagne.

⁸¹ Bourc'his, D. (2015, 18 février). *Épigénétique. Un génome, plein de possibilité !* INSERM. Consulté le 16 août 2020 sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique>

⁸² Les données varient selon la source : le site de l'INSERM indique environ 25 000 gènes ; mais d'autres chercheurs, comme Ansermet et Giacobino (2012) mentionnent 24 000 gènes et Giacobino (2018) référence 22 500 gènes, en appuie sur le séquençage complet du génome humain, c'est le chiffre que nous retiendrons.

À la suite de cela, la définition de l'épigénétique n'a cessé d'évoluer à de multiples reprises, en lien notamment avec de nouvelles découvertes scientifiques ou prises de conscience telles que, dans les années 1950 et 1960, la molécule d'ADN identifiée comme porteuse de gènes puis structurée en double-hélice. Dès 1994, l'idée que quelque chose se modifie sans que les gènes ou l'ADN ne le soient directement est introduite par un généticien australien qui suggère que l'épigénétique soit « l'étude des changements d'expression des gènes transmissibles au travers des divisions cellulaires, voire des générations, sans changement de la séquence de l'ADN (Holliday, 1994) » (Heard, 2013, p. 17). En effet, Giacobino (2018) nous rappelle que les gènes, véritables informations codées, ne connaissent aucune variation de leur conception à leur mort.

Aujourd'hui, la définition de l'épigénétique conserve cette idée de changement dans l'expression des gènes n'impliquant pas de modification dans la séquence d'ADN, mais une subtilité supplémentaire, relative à la réversibilité, est apparue. Voici comment Heard l'explique lors d'un échange avec le journal du CNRS⁸³ :

L'épigénétique désigne tout changement d'expression des gènes qui n'implique pas de changement dans la séquence ADN, qui est stable mais demeure réversible. On le sait aujourd'hui, les cellules acquièrent leur identité, et elles la conservent, grâce aux marques épigénétiques : des modifications chimiques de l'ADN qui n'altèrent en aucun cas la séquence de l'ADN, mais permettent de lire certains gènes et d'autres pas. L'épigénétique, c'est donc une sorte de mémoire cellulaire, transmissible aux générations suivantes de cellules. Mais c'est une mémoire qui peut s'effacer, d'où le terme de réversibilité. (Heard, 2019)

Toutefois, Heard (2019) invite à la prudence avec les termes de « réversibilité » et d'« héritabilité ». En effet, deux études sont régulièrement mentionnées pour justifier l'épigénétique, l'une à l'égard des famines aux Pays-Bas durant la Seconde Guerre mondiale, qui impliquerait dans les générations suivantes (enfants et petits-enfants des femmes enceintes à cette période) des modifications épigénétiques à cause d'une malnutrition à l'époque (Heijmans et al., 2008) ; l'autre à l'égard des survivants de la Shoah et de leurs descendants qui auraient reçu comme transmission épigénétique le stress de leurs ancêtres vécu à l'époque (Yehuda et al., 2016).

⁸³ Cailloce, L. (Journaliste). (2019, 19 février). Edith Heard ou la révolution épigénétique [Interview]. Dans *Le journal du CNRS*. Consulté le 6 janvier 2021 sur <https://lejournald.cnrs.fr/articles/edith-heard-ou-la-revolution-epigenetique>

Heard souligne qu'au niveau de la biologie moléculaire, aucune preuve n'existe pour le justifier... et d'insister par ailleurs sur le fait que la manière de tisser des liens avec nos descendants implique une transmission, en dehors de toute question d'ordre épigénétique.

Si l'on prend de la hauteur, l'ensemble des gènes d'une espèce est appelé le « génome » ... mais grâce à l'épigénétique, il semble que le génome puisse s'exprimer différemment selon l'environnement rencontré (Giacobino, 2018).

Giacobino (2018) va plus loin que ce que nous avons déjà mentionné en suggérant qu'y compris le génome du fœtus pourrait être influencé par l'environnement, le « dehors », qu'elle nomme aussi « exposome » (à titre d'exemple pour le fœtus : événements perturbants ou à l'inverse positifs vécus par la mère, dégradation écologique, présence de substances toxiques, etc.).

Giacobino (2018) mentionne une publication portée par l'équipe de Michael J. Meaney, professeur québécois de psychiatrie (McGowan et al., 2009), à l'égard d'abus sur enfants et du gène NR3C1 sur lequel s'inscrit la réponse au stress, qui nous intéresse encore davantage : « Pour la première fois, on prouvait que des facteurs autre que chimiques, des facteurs psychologiques, pouvaient altérer le fonctionnement de certains gènes » (Giacobino, 2018, p. 141).

La généticienne suisse indique aussi qu'un travail thérapeutique puisse participer à l'effacement de traces d'expériences traumatiques, même si elles ont été transmises de manière héréditaire. « Découvrir que les modifications épigénétiques se transmettaient aux générations suivantes mais qu'elles étaient réversibles, effaçables, a constitué un bouleversement » assume-t-elle (Giacobino, 2018, p. 13).

L'aspect de réversibilité vient quelque part « annuler » la part de hasard associée pendant longtemps à la génétique défendant l'idée d'un « outil épigénétique ».

Nous l'avons dit, le cerveau des bébés est particulièrement malléable. Si dans certains cas, par exemple, il fait face à des traumatismes très tôt dans sa vie, cela peut lui être préjudiciable, il apparaît que dans le contexte de thérapie bébé-parents au plus tôt comme nous le proposons, cela représente un atout conséquent.

Si l'on croise cette notion de neuroplasticité à celle d'épigénétique, suggérant que l'environnement puisse en venir à modifier l'expression des gènes, alors notre intervention au plus tôt permettrait d'agir sur le développement du bébé pour lui espérer une évolution la plus

sereine possible. Cela suppose par ailleurs que chez le bébé en retrait relationnel, le « non-lien » à l'autre viendrait « abîmer », « léser » quelque chose ; c'est l'hypothèse des psychiatres et neuropsychiatres psychanalystes français, René Diatkine et Jean Bergès pour qui « il devait y avoir une “psychosomatique” de l'autisme, que le non-usage de l'organe devait bien léser l'organe » (Laznik, 2013, p. 61).

2.4.1.2. Le regard, outil essentiel mais non suffisant

Aux débuts de la recherche PREAUT, deux signes étaient mentionnés : le regard et le troisième temps du circuit pulsionnel. Avec le temps, c'est finalement seulement la deuxième composante qui fut davantage considérée, en raison du mamanaïs qui amenait certains bébés à tromper leur entourage. Il n'en reste pas moins que, bien qu'insuffisant à lui seul, le regard demeure un outil clinique et thérapeutique que nous utilisons auprès des bébés.

Des travaux autour de l'importance du regard dans le lien entre le bébé et son partenaire méritent toutefois d'être partagés.

L'article de Lacan (1949/1999) sur *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* évoque le bébé entre l'âge de 6 et 18 mois qui, lorsque sa mère le porte devant le miroir, peut y voir une complétude. En effet, alors qu'à ce stade, le bébé se vit encore comme un corps morcelé nous dit Lacan, l'expérience du miroir va lui permettre de prendre conscience de son unité corporelle. Il jubile de se voir comme un tout, « comme *Gestalt* (...) plus constituante que constituée » (Lacan, 1949/1999, p. 94). En ce sens, le miroir est formateur d'un *je* dit « *je* spéculaire ».

Winnicott (1971/1975), dans son article sur *Le rôle de miroir de la mère et de la famille*, mentionne l'article de Lacan et va plus loin. Non seulement il considère le bébé à un âge bien en-deçà, mais aussi, il met en lien l'expérience du miroir avec le visage de la mère : le visage de la mère est le premier miroir du bébé, et lorsqu'il le regarde, il se voit lui-même.

Que voit le bébé quand il tourne son regard, vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. (Winnicott, 1971/1975, p. 205)

Il existe naturellement des situations dans lesquelles le bébé ne se voit pas dans le regard maternel, il fait « l'expérience de ne pas recevoir en retour ce que [lui-même est] en train de donner » (Winnicott, 1971/1975, pp. 205-206). Il conviendrait d'ajouter que parfois, certains bébés eux-mêmes ne sont pas en mesure de s'intéresser au visage de la mère pour y chercher quelque chose.

Bien entendu, nous mentionnons la mère comme l'a fait Winnicott tout au long de son article, mais Winnicott lui-même désigne dès le titre et en guise de conclusion que tous ceux qui font partie de « l'environnement parental » (il mentionne aux côtés de la mère, le père et les frères et sœurs) sont des miroirs pour le bébé qui voit en eux le réfléchissement de son « soi » propre.

F. Dolto (1984), dans *L'image inconsciente du corps*, va plus loin encore que ses prédécesseurs, et définit un miroir « omni-réfléchissant » auquel elle associe, au-delà du scopique, d'autres éléments comme la voix de la mère par exemple. Elle insiste aussi sur l'apparition du visage en tant que tel. « Le miroir dote le sujet d'un visage, le "visagéifié". Visage qu'il ne se savait pas avoir ou à voir » (Bidaud, 2014, p. 21).

En 2014, Bidaud s'intéresse à cette thématique de « visagification ». Il mentionne une « première matrice de l'évènement visage » (Bidaud, 2014, p. 15) qui pourrait advenir vraiment très tôt dans la vie du bébé. Dans la lignée de Winnicott (1971/1975) et aussi de F. Dolto (1984), il fait l'hypothèse d'éléments précurseurs du visage, en deçà de l'expérience du miroir, desquels dépendront la possibilité d'inscription ou non.

« L'expérience du miroir renvoie à la dimension à la fois scopique et invoquante du dispositif spéculaire » (Bidaud, 2014, p. 16). Ainsi, dans ce qu'il nomme des « déterminants pré-spéculaires », Bidaud introduit, tout comme F. Dolto, la voix de la mère, qu'il ajoute au regard, déjà sous-entendu par Winnicott dans sa considération du visage. « L'expérience spéculaire n'est que l'achèvement d'un processus originaire de "visagéification" [qui, au-delà de précéder,] structure l'assomption au miroir de la fonction/visage » (Bidaud, 2014, pp. 19-20).

En référence au *Nebenmensch* introduit par Freud (1895/2011) dans *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* – nous y avons fait référence dans le chapitre précédent

(cf. I,1.2.1.1.) – bien que Freud n’y mentionne pas le Visage en tant que tel, Bidaud y voit déjà des intuitions. En effet, pour Bidaud, de ce premier autre auprès du bébé émane « un ensemble de *percepts* qui est un composé des traits de la personne, souvent accompagné du regard et de la voix » (Bidaud, 2014, p. 18). Ainsi l’on pourrait dire que, même si le bébé n’a pas encore fondamentalement conscience de cet autre, là où il y a de l’autre attentif au bébé, il y a forcément du regard et de la voix et ces éléments-là, le bébé peut les percevoir. Cela nous indique aussi comme ces déterminants pré-spéculaires peuvent être présents très tôt, pour ne pas dire d’emblée présents.

Bidaud (2014) fait aussi le lien entre ces éléments et le parcours de la pulsion, théorisé par Freud (1915/1968) et repris par Lacan (1964/1973) que nous avons déjà présenté (cf. II,1.2.3.). Il suppose que l’espace érotisé du « prendre visage » puisse advenir lorsque le troisième temps du circuit pulsionnel, le « se faire », se répète suffisamment, supposant aussi que la mère puisse être en mesure de « se laisser ravir » par le bébé, ce que ce dernier pourra saisir par l’intermédiaire de la direction de son regard, la prosodie de sa voix et l’invocation qui lui est destinée. Dans le champ du « prendre visage », Bidaud indique : « la fonction d’enveloppe, la fonction réflexive et la fonction « verticalisante » du tenir devant le regard et la voix de l’Autre » (Bidaud, 2014, p. 24).

Sans cette constitution du lien entre le bébé et sa mère via ces deux modalités fondamentales, le bébé ne pourrait pas faire cette expérience du miroir et sans cela, le développement ultérieur du bébé pourrait s’en trouver compromis.

Mesquita et Bidaud (2013) s’intéressent à ce processus de « visagéification » et font l’hypothèse que dans le cas d’une « rencontre manquée » – ils font le lien avec l’autisme – l’expérience de la rencontre par l’intermédiaire du visage (du regard et de la voix) de l’autre ne puisse pas advenir. Ainsi, les auteurs considèrent le visage comme « un espace qui suppose une construction d’un lieu d’altérité où se jouent les effets fondateurs de la rencontre des regards » (Mesquita & Bidaud, 2013, p. 395), rejoints par d’autres auteurs reconnus dans le champ de l’autisme (cf. troubles de la perception visuelle dans l’autisme – Mottron & Belleville, 1998). Mesquita et Bidaud (2013), eux, évoquent un phénomène du « visage brisé ». À cet égard, j’inviterais à la prudence, en rappelant non seulement la singularité de chaque individu, et l’idée d’un continuum sur lequel se situent les personnes présentant des TSA, mais aussi le fait que dans l’autisme, il peut aussi y avoir des formes d’échanges,

différents de ce que nous considérons dans le sens commun, ce qui ne veut pas dire que cela n'existe pas, et ce qui ne veut pas dire non plus que les personnes autistes ne perçoivent pas ce que nous essayons de leur transmettre par nos regards et notre voix. En effet, rappelons-nous de l'empathie émotionnelle supérieure (Laznik, 2014) (cf. II,1.3.2.3.).

À l'inverse, et Mesquita et Bidaud (2013) le mentionnent, il semble indispensable de rappeler encore une fois que certains bébés sont capables de regards avec l'entourage et deviennent pourtant autistes par la suite, comme en témoignent les films familiaux de la cohorte italienne du Pr. Muratori. Les hypothèses théorico-cliniques de Laznik autour du ratage du troisième temps du circuit pulsionnel sont essentielles pour comprendre cette clinique.

Les bébés en retrait relationnel que nous rencontrons coupent parfois le lien du regard avec l'autre, d'où l'importance d'indiquer cette possibilité de scénario, comme nous l'avons mentionné précédemment et comme Mesquita et Bidaud (2013) le soulignent, sans quoi l'on tombe rapidement dans la culpabilisation des partenaires du bébé. À côté du scénario où la mère (les partenaires du bébé) n'est pas en mesure de tenir le rôle de miroir pour renvoyer au bébé l'image de lui-même, il existe donc aussi le scénario inverse. Ce n'est donc pas que le miroir ne renvoie rien dans ces cas-là, mais plutôt que le bébé n'est pas en mesure de s'y confronter. Ainsi nous rejoignons les considérations des travaux de Saint-Georges et al. (2011) qui suggèrent que l'on ne peut pas déterminer qui du bébé ou de l'autre est à l'origine d'une absence de lien.

Toutefois, comme Bidaud, dans la lignée de F. Dolto, a suggéré que ces déterminants pré-spéculaires étaient constitués à la fois du regard et de la voix, il peut être intéressant de faire l'hypothèse que c'est la voix qui va permettre au regard d'être intégré. Dit autrement, c'est par la voix que le bébé va pouvoir venir à l'autre, être appelé et envouté par cette voix, tel Ulysse par le chant des sirènes – à la différence près que nous espérons du bébé qu'il puisse réellement venir et se laisser séduire par notre mamans – pour regarder dans ce miroir mis à sa disposition par la mère, le thérapeute, ou tout autre partenaire, miroir où il pourra trouver le réfléchissement de son « soi » propre, pour reprendre la formulation winnicottienne, ou se percevoir comme une unité, pour reprendre la formulation lacanienne. En cela une fois encore, il est démontré que le regard est un outil clinique et thérapeutique essentiel, mais insuffisant à lui seul.

Lorsque le regard devient possible chez ces bébés, tout le défi va consister en un tissage avec la prosodie de la voix, dans la finesse et la délicatesse, en respectant le rythme du bébé, tel un tango mené par le bébé. Le plaisir s'invite dans la danse, et le bébé peut petit à petit percevoir comme il peut être bon de susciter le plaisir chez l'autre.

Ce « chant des sirènes » que nous avons mentionné peut être formalisé sous le nom de « mamanais ». C'est l'outil clinique et thérapeutique que nous allons introduire à présent.

2.4.1.3. Le mamanais, outil clinique et thérapeutique précieux

2.4.1.3.1. Caractéristiques du mamanais

Anne Fernald, docteur en psychologie américaine⁸⁴, et Thomas Simon, pratiquant respectivement au *Institut Max Planck* en psychiatrie et à l'Institut de phonétique et de traitement de la parole à l'*Universitaet Muenchen* à Munich, en Allemagne, introduisent en 1984 ce qu'ils nomment *motherese* en anglais (Fernald & Simon, 1984). La notion de « mamanais », est amenée quelques années plus tard en France par des psychologues en sciences cognitives et spécialisés en psycholinguistique, Jacques Mehler et Emmanuel Dupoux (1990/2006).

Il apparaît important d'indiquer que rapidement, les chercheurs se mettent à parler de « parentais » (*parentese*) (Fernald & Kuhl, 1987) et non plus de « mamanais » (*motherese*) (Cohen et al., 2013) afin de donner un statut aux vocalisations des pères également (Cassel, 2013).

Il est aussi possible d'évoquer ce concept en parlant d'*Infant-Directed Speech (IDS)* (Fernald et al., 1989), littéralement « discours orienté vers le bébé ». Dans cette considération, il est intéressant de remarquer que c'est le bébé lui-même, c'est-à-dire celui qui reçoit le discours en question, qui est mentionné.

Parlato-Oliveira (2019) suggère de continuer à parler de « mamanais » dans le sens d'une référence à la fonction maternelle, supposant aussi que tout un chacun a la possibilité d'occuper une fonction maternelle auprès d'un bébé et donc de se doter de mamanais. Son propos est aussi que si l'on modifie le nom du concept à chaque fois que l'on souhaite

⁸⁴ Il est intéressant de mentionner que Fernald a effectué son doctorat (obtenu en 1982) à *University of Oregon* aux États-Unis sous la direction de Patricia K. Kuhl dont nous avons largement mentionné les travaux en psycholinguistique.

intégrer une nouvelle personne concernée par le mamanaï (les grands-parents, les aînés de la fratrie, etc.), il n'est pas possible de suivre la notion et ses références. Bien que nous ne souhaitons plus nous référer à la « fonction maternelle » en tant que telle, nous suivrons cette position. Toutefois, il convient de souligner que la notion d'*Infant-Directed Speech* gagnerait à être davantage connue, puisque mentionnant celui qui reçoit le discours de l'autre, c'est-à-dire le bébé lui-même, il apparaît sans équivoque dans cette notion que tout un chacun puisse y avoir recours.

Revenons-en à ce que nous choisissons de nommer « mamanaï ». Mehler et Dupoux (1990/2006) proposent que cela renvoie à un langage adopté spontanément par toute personne s'adressant à un bébé. Le mamanaï est universel, transculturel⁸⁵ et, du fait de sa spontanéité, ne s'apprend pas. Tout le monde a la capacité d'en produire... à quelques conditions. C'est en effet le plaisir et la surprise que la vue du bébé provoque chez l'adulte qui lui permettent d'en produire (Fernald & Kuhl, 1987). Cela peut être mis en parallèle avec, dans le champ de la psychanalyse, le « mot d'esprit » décrit par Freud (1905/1992) où sidération et émerveillement trouvent leur place.

En termes de caractéristiques linguistiques, le mamanaï se présente avec une intonation exagérée et une voix plus aiguë (Mehler & Dupoux, 1990/2006), avec des pics et des courbes prosodiques. Les formes mélodiques sont longues et douces, le tempo plus lent, les voyelles allongées et les phonèmes hyperarticulés.

Des coupures nettes apparaissent entre deux fragments de discours en mamanaï (Laznik et al., 2005). Ces coupures sont essentielles pour que le bébé puisse trouver le temps de se manifester (cf. Notion de « *turn-taking* vocal » apparenté en français à la notion de « tours de parole » dans une conversation – Ginsburg & Kilbourne, 1988 ; Gratier et al., 2015). Mary Catherine Bateson, anthropologue culturelle américaine, a ainsi mis en évidence, à partir d'observation de films de bébés de 7 à 14 semaines avec leur mère, que bébé et mères collaborent à des vocalisations, plus ou moins alternées, sans chevauchement, comme une sorte de courtoisie, avec des rires et un échange de regards mutuels, qui ressemble à une véritable conversation qu'elle dénomme « protoconversation » (Bateson, 1975).

⁸⁵ J'ai moi-même fait l'expérience d'obtenir le regard de bébés brésiliens avec un mamanaï en français (le français étant ma langue maternelle) lorsque je me suis rendue au Brésil dans le cadre de ma co-tutelle.

Toutefois, si pendant longtemps les chercheurs ont pensé impossible qu'une mère produise du mamanais si son bébé ne se trouvait pas là devant elle (Fernald, 1985), désormais il est admis qu'avec une certaine présence du bébé, par exemple lorsque la femme est enceinte, cela peut suffire pour permettre à la (future) mère de produire du mamanais (Parlato-Oliveira et al., 2021, à paraître).

Mehler et Dupoux (1990/2006), mais aussi avant eux Fernald (1985), expliquent que tous les bébés ont une attirance pour cette prosodie du mamanais et c'est davantage la mélodie de la voix que les mots en soi qui semblent intéresser le bébé les premiers mois (Fernald, 1985). Gopnik et al. (1999/2005) parlent d'un « hameçon acoustique » pour les bébés.

Aussi, les chercheurs indiquent une nette préférence des bébés pour le mamanais comparativement à une parole ordinaire, classique, d'adulte adressée à adulte. D'ailleurs, le mamanais n'existe pratiquement jamais dans le langage entre adultes, sauf si, comme nous l'avons dit, une grande surprise est cumulée à un grand plaisir (Fernald & Kuhl, 1987).

Le mamanais traduirait donc l'émotion de la mère, se retrouvant ainsi au cœur de la relation dynamique mère-enfant (Saint-Georges, 2013). Il semble participer à la constitution d'un cercle vertueux, à la constitution de boucles interactives positives entre la mère et son bébé, les réponses (sonores, gestuelles, mimiques) du bébé au mamanais soutenant la prosodie de la mère et améliorant l'amplitude des courbes prosodiques (Burnham et al., 2002).

Naturellement, nous suggérons d'élargir ces considérations aux différents partenaires du bébé émettant du mamanais à son égard. Le mamanais peut ainsi être perçu comme un témoin de la qualité de l'interaction (Saint-Georges-Chaumet, 2011). Cet élément est à retenir pour notre travail de thérapie.

2.4.1.3.2. *Du mamanais « gorille » au mamanais « humain »*

Si l'on s'intéresse à l'éthologie, le dernier argument apparaît aussi particulièrement intéressant. En effet, Eva Maria Luef et Katja Liebal, éthologues en Allemagne, ont étudié et observé 24 gorilles captifs de deux zoos pendant quatre mois – considérés « bébés » lorsqu'ils étaient âgés de moins de 3 ans et adultes lorsqu'ils avaient plus de 8 ans (Luef & Liebal,

2012). Leur intérêt porte sur la communication des gorilles par gestes et les chercheurs ont identifié 22 types de signaux intentionnels, tels que des gestes servant à communiquer, des contacts visuels, l'attente d'une réponse, la répétition du geste en cas d'absence de réponse, etc. (Bovet, 2012).

L'autre observation à retenir des éthologues est que tous les gorilles sauf les gorilles considérés « bébés » (âgés de moins de 3 ans), sont capables d'adapter leur communication lorsqu'ils s'adressent aux plus petits. Parfois les messages gestuels sont répétés jusqu'à trois fois, et les séquences de plus de deux gestes tactiles à la suite sont plus nombreuses.

Le mamanaï « gorille » et le mamanaï « humain » semblent ainsi se rejoindre, dans le sens d'une communication simplifiée et plus démonstrative. En revanche, l'étude met en évidence que le mamanaï gorille est composé de signaux gestuels. L'éthologue et chercheuse française, Dalila Bovet, met cela en lien avec le fait que les gorilles, de manière générale, émettent relativement peu de vocalisations et communiquent davantage par les gestes ou les mimiques. Elle suppose toutefois que le « mamanaï gestuel » existe aussi chez l'être humain, et relate une quantité de gestes moindre, avec la répétition de certains afin de renforcer leurs propos, comme le pointage par exemple (Bovet, 2012).

2.4.1.3.3. Applications du mamanaï comme outils clinique et thérapeutique

Nous l'avons dit (cf. II,1.2.2.), tous les bébés ont en eux le « potentiel » à être sensible au mamanaï de l'adulte, à la condition que ce dernier en soit véritablement un (composé de surprise et de plaisir) ; dit autrement, à condition que l'adulte arrive à s'émerveiller du bébé (Fernald & Kuhl, 1987 ; Mehler & Dupoux, 1990/2006). Le bébé en retrait relationnel dispose donc lui aussi du « potentiel » à se faire « happer » par ce mamanaï, engendrant ainsi des pistes de travail tout à fait intéressantes. Le mamanaï est ainsi non seulement un outil clinique, puisqu'il peut permettre de repérer les bébés dits « trompe-l'œil », mais aussi un outil thérapeutique puisque nous l'utilisons au sein même de la thérapie.

Auprès du bébé, il va s'agir pour nous, thérapeutes, d'être en mesure de nous émerveiller de lui dans le but de le « faire venir » dans la relation en nous appuyant sur nos propres ressources. Cela signifie aussi que l'on est possiblement moins inquiet pour lui de son état que ne peuvent l'être ses partenaires, sinon le mamanaï n'en serait pas un. Cette sérénité va ainsi permettre au bébé de pouvoir s'autoriser à venir petit à petit. Cela doit être à toute

petite « dose » puis progressivement de plus en plus, en s'adaptant à ce qu'il est en mesure de recevoir (cf. Notion de « tango », Laznik & Chauvet, 2016).

À titre d'exemple, il est possible de s'appuyer sur des comptines avec des gestes en les accompagnant d'une prosodie de mamanaï. Il s'agit de montrer au bébé que non seulement la relation peut ne pas être « menaçante », mais aussi qu'elle peut même être agréable lorsque le plaisir trouve sa place dans l'échange. À partir du moment où le bébé a montré qu'il était en mesure de regarder, le regard peut aussi devenir une condition pour la comptine, supposant alors que si le bébé ne regarde pas, c'est qu'il ne veut pas que l'on chante auprès de lui. L'étude de ces séquences cliniques est particulièrement enseignante : le bébé comprend rapidement que s'il ne regarde plus, la comptine et la mise en mouvement associée s'arrêtent. L'idée est pleinement de le faire venir dans le plaisir, et d'impliquer le contact visuel dans cette constitution du lien. Ensuite, progressivement, il s'agira d'alimenter ce circuit du plaisir, encore et encore (Kandel, 2006/2007) (cf. II,2.4.1.1.1.).

Le travail au sein de la thérapie va aussi consister à être auprès du bébé et de ses partenaires pour les aider à (re)trouver du mamanaï lorsque ces derniers l'ont perdu. Naturellement nous ne pouvons pas « apprendre » ou enseigner le mamanaï, mais nous pouvons aider les partenaires à trouver ou à retrouver cet émerveillement à l'égard de leur bébé.

2.4.1.4. L'illusion anticipatrice ou l'intentionnalité (supposée) du bébé

L'« illusion anticipatrice » renverrait à la possibilité pour l'adulte (partenaire comme thérapeute) à donner un sens aux manifestations du bébé sans qu'il n'y ait eu, en apparence, du côté du bébé une intentionnalité correspondante ou même proche à ce qui a été verbalisé (Diatkine, 1985, 1994, 1995/2013). En cela, le terme d'« illusion » prendrait tout son sens, auquel le terme d'« anticipatrice » est ajouté, du fait que l'illusion énoncée anticipe quelque chose qui n'est pas (encore) arrivé. Pour Diatkine (1985), à l'origine de ce concept, il n'est pas nécessaire que le bébé accepte l'illusion anticipatrice proposée par l'autre pour qu'elle soit considérée comme telle, puisque c'est plutôt la réaction de l'autre devant le bébé qui aurait valeur d'illusion anticipatrice.

Il convient d'indiquer que l'illusion anticipatrice n'irait pas de soi, dans le sens où elle présupposerait que le bébé soit investi par l'autre, investi dans le sens où il est perçu comme un sujet qui a des intentionnalités envers l'autre. C'est cette croyance de l'adulte que le bébé cherche à être en relation avec lui qui mobiliserait ce que l'on appelle justement « illusion anticipatrice ».

Ici réside une subtilité particulièrement intéressante. Pourquoi le fait que le bébé cherche à être en relation serait forcément une croyance ? N'est-il pas possible comme l'ont suggéré des auteurs, entre autres Trevarthen (2017, 2019) et Parlato-Oliveira (2019), que le bébé soit d'emblée doté d'intentionnalité(s) ?

Toujours est-il qu'il convient de s'interroger sur la possibilité pour l'adulte de produire de l'illusion anticipatrice auprès d'un bébé qui ne donne pas l'impression de chercher la relation, comme le sont les bébés que nous rencontrons.

L'exemple de « Camila », reçue par M-C. Laznik en thérapie bébé-parents pour « risques d'autismes », est éclairant (Len, 2018 ; Laznik et al., 2018). Lors d'une séance où elle a un peu plus de 3 mois et demi, Camila bouge sa main. La thérapeute lui demande « Tu me donnes ta petite main ? », ce qu'objectivement, le bébé ne semble pas faire lorsque l'on visionne le film de la séance – toutefois on la voit véritablement bouger la main. Quoi qu'il en soit, en énonçant cela, la thérapeute suppose que Camila est un sujet à part entière qui souhaite communiquer avec elle et cette parole est « vectrice » de ce qui va se passer par la suite : Camila va *en effet* – on l'observe cette fois très nettement dans le film – accepter de donner sa main à la thérapeute. À la suite de cela, la mère du bébé dira de la thérapeute que c'est une magicienne puisque c'est comme si elle avait prédit l'avenir en disant ce qui allait effectivement se passer.

Progressivement, nous le voyons dans les séances et dans les films, les partenaires du bébé peuvent (re)trouver la possibilité de produire de l'« illusion anticipatrice » auprès du bébé ou de lui prêter des intentionnalités selon les termes que l'on choisit d'utiliser. Cela est probablement rendu possible par l'identification du partenaire au thérapeute (cf. II,2.4.2.2.).

À titre d'illustration, il est aussi intéressant de revenir sur les comptines accompagnées de gestes. En effet, certains bébés vont pouvoir présenter des mouvements répétitifs des mains, ou alors des balancements, qui ne sont pas sans rappeler les stéréotypies parfois présentes chez les autistes. À ces moments, lorsque le bébé commence à agiter les mains, il

est possible d'introduire la comptine d'*Ainsi font, font font, les petites marionnettes* en tournant les mains sur elles-mêmes. Lorsque le bébé commence à se balancer, on peut introduire la comptine de *Bateau sur l'eau* et y associer un mouvement de balancement avec le bébé face à nous assis sur nos genoux. Ainsi, chaque fois que le bébé commence à s'adonner à ce comportement, les comptines accompagnées de gestes sont introduites. Nous supposons alors que c'est la demande du bébé et il apparaît difficile de dire si le bébé souhaitait *effectivement* que le partenaire ou le thérapeute produise cette comptine, ou s'il s'agit plutôt d'une intentionnalité que l'adulte prête au bébé, dans le sens véritablement de l'« illusion anticipatrice ».

Il n'en reste pas moins que, dans un cas comme dans l'autre, l'importance est que le partenaire du bébé soit en mesure de doter ce dernier d'intentionnalités. Que le bébé en soit *effectivement* doté ou que l'adulte s'illusionne qu'il en est doté par illusion anticipatrice n'a finalement pas grande importance en soi.

2.4.1.5. L'hyperbolisation

Sous la notion d'« hyperbolisation », nous souhaitons aborder trois actions thérapeutiques auxquelles le thérapeute, mais aussi les partenaires du bébé, peuvent avoir recours auprès de lui.

En effet, nous avons introduit dans le codage les items relatifs au fait de parler à la place du bébé, d'amplifier le son émis par le bébé, ainsi que l'imitation de manière plus générale. Dans ces trois cas de figure, il semble que l'adulte « exagère » le comportement émis par le bébé, dans l'idée que ce dernier puisse en percevoir quelque chose.

2.4.1.6. Grille PREAUT-OLLIAC et troisième temps du circuit pulsionnel

Nous avons déjà introduit l'outil PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017) (cf. II,1.2.4.) et le troisième temps du circuit pulsionnel auquel les bébés en retrait relationnel n'accèdent pas (Laznik, 2000) (cf. II,1.2.3.) dans la partie précédente de ce chapitre. Nous ne reviendrons donc pas explicitement sur les notions. Toutefois, il convient d'en dire quelque chose du point de vue de comment nous les utilisons en tant qu'outils dans les thérapies bébé-parents.

Ainsi, la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017) est utilisée comme outil clinique dans la thérapie, dans le sens d'un aide au repérage de risques éventuels. De ce constat dépendra l'orientation que l'on donnera à la thérapie auprès du bébé.

Les hypothèses théorico-cliniques pensées par M-C. Laznik (2000) autour de l'absence d'un troisième temps du circuit pulsionnel chez ces bébés-là – qui sont à la base de l'instrument PREAUT-OLLIAC – constituent un outil, cette fois-ci thérapeutique. Peut-être serait-il plus exact de dire que l'outil thérapeutique en soit est le plaisir, qui renvoie de toute façon au troisième temps du circuit pulsionnel. C'est grâce au plaisir et par le plaisir que l'on va pouvoir obtenir du bébé qu'il se positionne comme acteur du lien à l'autre, qu'il va « se faire » regarder, entendre, boulotter le peton, au moment où il perçoit qu'il peut susciter du plaisir chez l'autre. Par extension, nous pouvons dire que le plaisir est donc aussi un outil thérapeutique du côté des partenaires. En effet, notre travail consiste aussi en le fait d'aider les partenaires à (re)trouver du plaisir dans le lien avec leur bébé.

2.4.1.7. La « mise en forme » empruntée à l'approche de sensori-motricité

En premier lieu, cet élément ne faisait pas partie de notre clinique. Nous le devons aux psychomotriciens formés à la sensori-motricité selon la méthode de Bullinger avec lesquels nous travaillons en étroite collaboration⁸⁶.

Nous l'avons dit, les psychomotriciens nous ont enseigné que pour les bébés en retrait relationnel, les enjeux corporels représentent un élément indispensable à considérer⁸⁷. Soyons clairs, il ne s'agit en aucun cas de venir se substituer à une prise en charge en psychomotricité mais plutôt d'« améliorer » l'environnement du bébé et de participer à cette « amélioration » que met en place le psychomotricien au sein de sa prise en charge en l'appliquant nous aussi. Cela permet aussi aux partenaires du bébé de percevoir comme cette dimension est importante, et par identification, ils peuvent s'en saisir et le reproduire à leur tour.

Il va s'agir d'apprendre à installer le bébé, mais aussi la mère, le partenaire qui porte le bébé, à l'aide de coussins d'allaitement par exemple. Le visionnage des films des séances et

⁸⁶ En 2012, M-C. Laznik a rencontré Muriel Chauvet, psychomotricienne formée à cette approche en sensori-motricité développée par Bullinger. C'est par son intermédiaire que nous avons découvert ces riches travaux.

⁸⁷ Laura Roman-Teboul effectue une thèse de doctorat à ce sujet et s'intéresse aux enjeux corporels chez les bébés en souffrance psychique (Université de Paris, thèse en préparation, espéré sept. 2021).

l'expérience de ces professionnels nous apprennent qu'un bébé bien installé c'est-à-dire avec un « arrière-fond »⁸⁸ constitué comme le dit Bullinger (2006) peut être davantage disponible pour la relation à l'autre.

Si le bébé n'a pas d'appui dos, il doit lutter contre ce que Bullinger appelle le « flux gravitaire », contre les forces de la pesanteur, pour se tenir, pour tenir son bassin, son dos, sa nuque, sa tête, et cela lui coûte une énergie considérable. Si on le soulage de cela en lui proposant de l'entourance physique (à l'aide d'un coussin lorsqu'il a déjà la capacité de s'asseoir seul ou en le prenant sur ses genoux dos à soi par exemple), on lui permet une économie qui n'est pas sans conséquence puisque le bébé devient un peu plus disponible pour nous, pour l'autre : pour être réceptif à notre mamans, pour nous regarder, pour éventuellement nous répondre dans un premier temps.

Dans la constitution de cet arrière-fond le milieu humain a un rôle important à jouer. Le nouveau-né n'a pas les moyens moteurs de compenser le déséquilibre postural créé par la naissance (l'enveloppe utérine assurait la flexion). C'est le milieu humain qui va devoir offrir ces appuis jusqu'au moment où le nourrisson aura conquis la station assise et intériorisé l'enroulement. Ce recours au milieu humain enracine le bébé dans son milieu. (Bullinger, 2006, p. 29)

Ces bébés en retrait relationnel présentent également un corps dit « morcelé » avec une non-liaison entre le haut et le bas du corps – aussi appelé clivage horizontal (Haag, 1997/2018) – et des difficultés d'enroulement du bassin⁸⁹ (Bullinger, 2006 ; Laznik & Chauvet, 2016). Également, ces bébés présentent une fragilité pour coordonner les parties droites et gauches de leur corps – clivage vertical (Haag, 1985/2018) – et des difficultés au rassemblement autour d'un objet.

Ces observations faites et relatées par Bullinger chez ces bébés le sont également par Geneviève Haag, psychanalyste française, qui travaille auprès d'enfants et adolescents autistes.

Nous en avons terminé avec les outils du côté du bébé. Passons à présent aux outils du côté des parents, ou plus largement des partenaires du bébé.

⁸⁸ Geneviève Haag, psychanalyste, parle de la « présence d'arrière-plan » à la suite des travaux de James Grotstein (1981) (Haag, 1988/2018, p. 83).

⁸⁹ L'enroulement du bas du dos renvoie à une posture essentielle pour que le bébé puisse se construire une sécurité de base. En effet, elle se situe dans la continuité de ce qu'a connu le bébé pendant sa vie intra-utérine. Ces éléments sont essentiels dans le « portage physiologique » du bébé.

2.4.2. Du côté des parents ou des partenaires du bébé

2.4.2.1. L'écoute des partenaires du bébé : un outil fondamental

L'état dans lequel un bébé (et plus largement un enfant) peut se situer a souvent été attribué aux parents et notamment aux mères. Face à ces considérations erronées, il nous apparaît primordial de nous positionner et d'avancer qu'au contraire, c'est particulièrement en écoutant les partenaires du bébé que l'on peut lui (leur) venir en aide. En effet, l'écoute des partenaires lorsqu'ils viennent nous rencontrer constitue un outil clinique : c'est cela qui nous permet de repérer d'éventuels particularités chez le bébé – retrait relationnel ou autre d'ailleurs – et ainsi orienter correctement la thérapie. À chaque séance, lorsque nous continuons de les écouter, et surtout de les croire, cela nous permet de réajuster en permanence la direction que nous donnons à la thérapie auprès du bébé. En ce sens, l'écoute des partenaires constitue donc aussi un outil thérapeutique.

Winnicott était un fervent partisan de l'écoute des mères. À travers ses textes, il ne cesse de rendre hommage à leurs intuitions et à leurs « capacités » et explique que pour les personnes n'étant pas mère, des années d'études sont nécessaires pour aller aussi loin dans la compréhension des soins (Winnicott, 1949/2002). D'ailleurs, les années de formation peuvent-elles venir remplacer cette expérience unique d'être au plus proche d'un bébé jour après jour ? « Nous avons encore beaucoup à apprendre sur les nourrissons à leurs débuts et seules les mères peuvent nous dire ce que nous désirons savoir » suggérait-il (Winnicott, 1949/2002, p. 13).

J'ajouterais une nuance : parfois, il est vrai que les choses peuvent ne pas aller de soi pour les mères, et plus largement pour les partenaires du bébé. Nombreux sont-ils à indiquer qu'ils n'ont pas senti ce supposé « instinct parental » à la naissance de leur bébé, et tout aussi nombreux sont-ils à culpabiliser pour cela. Voici ce qu'il serait important de transmettre : il n'y a pas de règles, chacun fait comme il peut et très certainement du mieux qu'il peut, avec l'histoire qui a été la sienne, mais il est indispensable de ne pas rester seul(e)s et d'oser demander de l'aide lorsque les choses nous échappent avec notre bébé.

Ainsi parfois, les intuitions des partenaires du bébé peuvent être comme brouillées, pour diverses raisons. Notre rôle peut donc aussi être celui d'un guide ou d'une boussole qui accompagne ou oriente dans cet accès, ou ces retrouvailles, aux « potentiels » d'être – ou

peut-être devrions nous dire aux « potentiels » « d'exister » (Golse, 2020) – comme partenaire d'un bébé.

Nous l'avons dit, il apparaît primordial d'écouter les partenaires du bébé. Ne pas se prêter à cette écoute, et au-delà de cela à la considération et à la croyance de ce que les partenaires apportent, pourrait conduire à une véritable « contre-productivité » que nous allons à présent essayer de décrire. En effet, en agissant de la sorte, le thérapeute va perdre la confiance des partenaires du bébé qui, de peur d'être jugé, pourraient ne plus oser raconter le quotidien – voir se mettraient à mentir. Un autre risque serait tout simplement que le suivi s'arrête.

De plus, le thérapeute perdrait du temps à essayer d'apporter du soin dans la mauvaise direction puisque c'est en aidant le bébé et en l'aidant à aller mieux que son ou ses partenaires peuvent aussi être « réparés » à leur tour face à ce bébé qui fuit le lien à l'autre. Qui continuerait à s'émerveiller d'un tel bébé qui ne nous considère pas ?

Comment une mère peut-elle réussir à s'émerveiller d'un bébé fermé qui ne la regarde pas ? Face à l'absence d'intérêt du bébé pour le plaisir de l'autre, comment la voix de la mère peut-elle véhiculer quelque chose qui appelle le bébé à entrer en relation et se faire l'objet de son plaisir ? Cette voix peut-elle encore porter les accents du plaisir de cette rencontre ? (Laznik, 2013, p. 74)

Nous venons d'introduire le premier outil du côté des partenaires pour que la thérapie puisse prendre une orientation favorable. Évoquons à présent le second, renvoyant à l'identification au thérapeute et au maniement du transfert.

2.4.2.2. L'identification au thérapeute et le maniement du transfert

Pour que la mère puisse être le co-thérapeute à ces âges si précoces, un transfert d'amour est nécessaire entre elle et l'analyste ; ce qui survient quand la mère se sent non seulement aimée mais aussi entendue et crue. De puissants mécanismes d'identification se mettent alors en place, bien plus efficaces que toute explication pédagogique s'adressant au moi du parent. (Laznik & Chauvet, 2016, p. 167)

Nous l'avons dit, bien que notre « patient » soit le bébé, il n'est pas possible de le considérer sans ses partenaires qui l'accompagnent. Pour que la thérapie puisse advenir, pour que les parents puissent devenir « co-thérapeutes » comme le suggèrent Laznik et Chauvet

(2016), cela suppose un « transfert d'amour ». Ce transfert n'est possible que si les parents se sentent écoutés et crus sur parole, comme nous l'avons exposé dans la précédente sous-partie. Pour que ce transfert puisse advenir, le partenaire du bébé doit en passer par un mécanisme d'identification au thérapeute.

Un bref historique de la notion de transfert apparaît intéressant. Freud (1905/2010) mentionne en tant que tel le terme de « transferts » pour la première fois dans le cas Dora⁹⁰. Il est intéressant de constater que Freud considère cette cure comme un échec du fait que Dora interrompit la cure avant la fin qu'il envisageait, et Freud lui-même attribue cet échec à la méconnaissance du transfert, ou du moins à un traitement inadéquat du transfert. En 1912, Freud introduit un article entièrement consacré au transfert. Il y suggère des déplacements sur l'analyste des figures parentales. Cependant, le transfert, « d'ordinaire le plus puissant levier du succès » peut se transformer en « plus puissant moyen de résistance » (Freud, 1912/2017, p. 69) lorsque par exemple les libres associations n'adviennent pas du fait justement que l'idée émergente soit ressentie en rapport avec l'analyste. Freud suggère que l'on ne puisse comprendre l'utilisation de cette résistance – et donc du transfert – que si l'on y ajoute un qualificatif. Ainsi, guidé par les réflexions du neurologue et psychanalyste hongrois, Sándor Ferenczi (1909/2013) qui suppose que les affects transférentiels d'amour et de haine ressentis à l'égard du médecin soient en réalité ressentis à l'égard des figures parentales (parfois aimées et redoutées), Freud ajoute des qualités affectives inhérentes au transfert et définit ainsi un transfert « positif » qui renvoie au transfert des « sentiments tendres » et un transfert « négatif » renvoyant au transfert des « sentiments hostiles » (Freud, 1912/2017, p.76).

Il devient à présent lisible que, dans notre contexte, le transfert négatif éventuel du partenaire du bébé ressenti à l'égard du thérapeute doit être – tout du moins un tant soit peu – liquidé pour que ce dernier puisse ressentir ce « transfert d'amour » et surtout puisse s'identifier au thérapeute et à ses propositions à l'égard du bébé. Soyons clairs, il ne s'agit nullement de préconiser le « transfert d'amour » car le thérapeute ne serait pas en mesure de supporter les sentiments hostiles à son égard, l'idée derrière est que la thérapie menée auprès

⁹⁰ Les premières ébauches de la notion de transfert apparaissent en réalité dans la *talking-cure* d'Anna O (Freud & Breuer, 1895/1956), mais le terme n'est mentionné en tant que tel que quelques années plus tard dans le cas Dora (Freud, 1905/2010).

du bébé puisse se dérouler et que tous, c'est-à-dire bébé comme partenaires de celui-ci, puissent en tirer les meilleurs bénéfices possibles.

Nous recevons les bébés une fois (parfois deux) par semaine... mais les partenaires sont bien ceux qui sont auprès d'eux tous les jours. Il est donc indispensable que ces partenaires des bébés puissent s'imprégner des propositions d'être auprès du bébé que nous suggérons en séances, indispensable qu'ils puissent apprendre à danser le tango avec lui et percevoir toutes les attentions subtiles que ce bébé en retrait relationnel nécessite. Laznik et Chauvet (2016) le disaient, les mécanismes puissants d'identification, inconscients, dépassent largement toutes les recommandations conscientisées que l'on pourrait essayer de formaliser.

S'inscrire dans le champ psychanalytique apparaît ainsi essentiel pour travailler de la manière dont nous travaillons. Comment les thérapeutes d'autres approches peuvent-ils penser ces éléments ? Les ont-ils tout simplement à l'esprit ?

Être thérapeute d'orientation psychanalytique ou psychanalyste suppose d'avoir fait et/ou de faire un travail analytique sur soi. C'est aussi grâce à ce travail que l'on va être en mesure d'accepter de nous montrer tel que nous sommes : avec nos connaissances et nos compétences en tant que professionnel, mais aussi avec nos failles et nos limites. Il s'agit d'être en mesure de donner son « manque » dirait-on en référence à Lacan (1960-1961/1991), ou sa « castration » en référence à Freud (1905/1987).

En effet, comme nous l'avons mentionné, du fait du mamanaïs et du fait que le thérapeute soit exempt d'inquiétudes pour le bébé, il n'est pas rare que le bébé qui ne regarde pas son partenaire commence par accepter en premier la relation avec le thérapeute. Il est ainsi tout à fait naturel que des affects du côté de la jalousie et de la rivalité, voire de la haine puisse advenir du côté des parents. Accepter de dévoiler ses « failles », par exemple en montrant au partenaire que le bébé peut refuser la relation avec nous va ainsi permettre non seulement à l'éventuel transfert négatif pouvant émerger chez le partenaire du bébé d'être liquidé, mais aussi à l'identification de pouvoir advenir : nous aussi nous échouons auprès de ce bébé en retrait relationnel, ce n'est donc pas qu'avec ses partenaires que le bébé peut refuser le contact.

À ce moment va s'ancrer la tournure que pourra prendre, ou non, la thérapie.

Nous avons vu qu'il existe différents outils cliniques et thérapeutiques auprès du bébé comme auprès de ses partenaires dans notre contexte de thérapie bébé-parents. En voici un récapitulatif :

Tableau 6. Liste des outils par domaine d'application

	<i>Outil clinique</i>	<i>Outil thérapeutique</i>
La plasticité neuronale		X
L'épigénétique		X
Le regard du bébé	X	X
Le mamanais	X	X
L'illusion anticipatrice		X
L'hyperbolisation		X
Le 3ème temps du circuit pulsionnel	X	X
Le grille PREAUT-OLLIAC	X	
La "mise en forme"		X
L'écoute des partenaires	X	X
L'identification au thérapeute		X
Le maniement du transfert		X

Les bébés en retrait relationnel nécessitent une prise en charge adaptée. S'il convient en premier lieu d'écartier d'éventuels troubles organiques (visuels, auditifs, etc.), concernant le retrait relationnel spécifiquement, de plus en plus de dispositifs visant à accompagner ces bébés émergent.

Notre particularité est de proposer une intervention au plus tôt dans le champ psychanalytique avec un *setting* adapté au bébé et l'originalité d'introduire un tiers co-thérapeute pour filmer l'intégralité des séances de thérapie. Dans la thérapie bébé-parents telle que nous la proposons, véritable « réanimation psychique », nous avons recours à différents outils à la fois cliniques et thérapeutiques, tant du côté du bébé que de ceux qui l'accompagnent.

En reprenant l'image de la rose dans le désert donnée par Heckman (2016), en l'affinant, et en la transposant à notre sujet d'étude : si une rose tout à fait ordinaire peut s'adapter à la quantité et à la composition de l'eau délivrée pour en stocker une certaine partie en cas de surdosage, une rose tout à fait unique, avec des pétales fragiles, pourrait, quant à elle, présenter une exigence d'arrosage beaucoup plus fine, et demander des arrosages plus réguliers ainsi qu'une composition d'eau tout à fait singulière.

Ainsi, le thérapeute auprès du bébé en retrait relationnel, accompagné de ses partenaires, pourrait être le botaniste qui accompagne les partenaires, jardiniers, pour étudier ensemble la singularité de la rose, afin d'en identifier le besoin spécifique, en termes de quantité et de composition d'eau à délivrer. Ainsi, si le botaniste est expert dans les besoins d'une plante en générale, le jardinier, lui, en maîtrise sa particularité spécifique ainsi que son environnement (composition du sol, météorologie de la zone, etc.) car chaque plante est unique.

3. PRESENTATION ET ANALYSE DE LA COHORTE DE BEBES

La cohorte de cette thèse est composée de 99 bébés qui ont été reçus en thérapie « bébé-parents » par M-C. Laznik entre 2008 et 2016 dans deux CMP non sectorisés.

Nous savons que la thérapeute reçoit nombre de bébés à « risques d'autismes », puisqu'en tant qu'auteure des signes PREAUT à 4 et à 9 mois, elle est reconnue pour cela. Toutefois, elle reçoit des bébés de manière générale, il est donc important de procéder à une étude fine de la cohorte pour identifier et catégoriser les bébés, ce qui nous permettra dans un second temps de sélectionner un cas clinique pour tester le codage que nous avons introduit dans le premier chapitre (cf. I,3.).

3.1. Quelques prérequis à la constitution d'une cohorte

3.1.1. Un matériel spécifique

Toutes ces séances de thérapie ont été, avec l'accord préalable des parents et signature d'un consentement, filmées.

D'une part, le bébé n'a pas encore accès à la parole et d'autre part, le thérapeute doit faire face à trois acteurs. Il apparaît impensable de pouvoir être attentif à tout ce qu'il est en train de se jouer en même temps : la communication non verbale de chacun des trois acteurs, l'échange avec chacun des parents, la manière dont le bébé entre (ou n'entre pas) en lien avec son partenaire et/ou le thérapeute, etc. Le film est donc un outil spécifique pour pouvoir étudier finement à posteriori tout ce qu'il a pu se jouer au sein de la thérapie.

Le matériel clinique recueilli et retenu pour cette thèse peut se diviser en deux parties :

- Une partie du matériel a été recueilli par mes soins de septembre 2015 à janvier 2017.
- Une autre partie a été recueillie par d'autres thérapeutes (ou en formation pour le devenir) filmeurs, entre 2008 et 2016.

Ainsi, cette thèse de doctorat est une thèse qui se veut à la fois clinique et de recherche.

3.1.2. Un recensement et un rangement de la « vidéothèque » rigoureux

En parallèle et à la suite de ce recueil de données, nous avons œuvré pour la constitution d'une véritable « vidéothèque » avec un nombre important de séances filmées pour chaque enfant à considérer (99 bébés et 1359 séances filmées recensées) qu'il a fallu organiser, classer et reVISIONNER afin d'identifier et/ou de vérifier de quel bébé il s'agissait. Notons également le caractère de confidentialité impératif à avoir à l'égard de ce matériel, rendant aussi compliqué le transport, le transfert et le stockage du matériel clinique.

Il convient d'indiquer par ailleurs qu'une recherche portant sur le devenir de ces bébés est en cours.

Afin d'avoir une visibilité sur tous ces films désormais classés par bébé, deux tableaux EXCEL ont vu le jour (cf. Annexe 1 ; Annexe 2)⁹¹.

De nombreuses informations y figurent, à savoir :

- Un code pour anonymiser chaque bébé tout en pouvant le suivre dans la recherche.
- La date de naissance du bébé afin de pouvoir calculer son âge à chaque séance et l'insérer dans une classe d'âge d'arrivée en thérapie.
- Le sexe du bébé.
- La date des séances filmées et non-filmées et la durée de chaque séance filmée afin de comptabiliser la quantité de matériel clinique potentiellement utilisable pour la recherche (sous réserve que le cadrage du film le permette).
- Toute observation jugée utile sur la séance et le classement du film (à savoir si le film est divisé en plusieurs extraits, dans quel disque dur spécifique il est rangé, si la date du fichier informatique correspond bien à la date de la séance, etc.).
- Inclusion dans la recherche ou non (nous y reviendrons).
- Scores obtenus aux différentes passations ou catégorisations (PREAUT-OLLIAC et facteurs).

Revenons un instant sur les séances non filmées. Nous savons que des séances ont eu lieu, grâce à l'accès aux dossiers médicaux des bébés, mais aucun film correspondant n'a été

⁹¹ Afin de conserver l'anonymat des bébés intégrés à la recherche, certaines informations ne seront pas communiquées dans les tableaux présentés en annexe.

retrouvé. Bien que l'étude de ces séances ne soit pas possible, elles ont bien eu lieu et doivent être prises en considération pour réfléchir sur la globalité d'une thérapie auprès d'un bébé.

Ainsi, le matériel clinique passe de 1359 séances filmées à 2530 séances de thérapie indifféremment filmées ou non.

C'est à la suite de ce très long mais néanmoins indispensable travail d'organisation, de rangement rigoureux du matériel et de recensement de toutes les séances, qu'un véritable travail minutieux de recherche est devenu possible.

Pour les futurs thérapeutes auprès de bébés souhaitant filmer leurs séances et se lancer dans la continuité de ce travail, il apparaît impératif de leur préconiser ce travail d'organisation des films et de recensement rigoureux des séances (avec une appellation à l'identique, comme « aaammjj_3lettres-nom_3lettres-prénom »⁹²) avant de se lancer dans un quelconque travail de recherche.

3.2. Caractéristiques de la cohorte

3.2.1. Description de la cohorte (N=99)

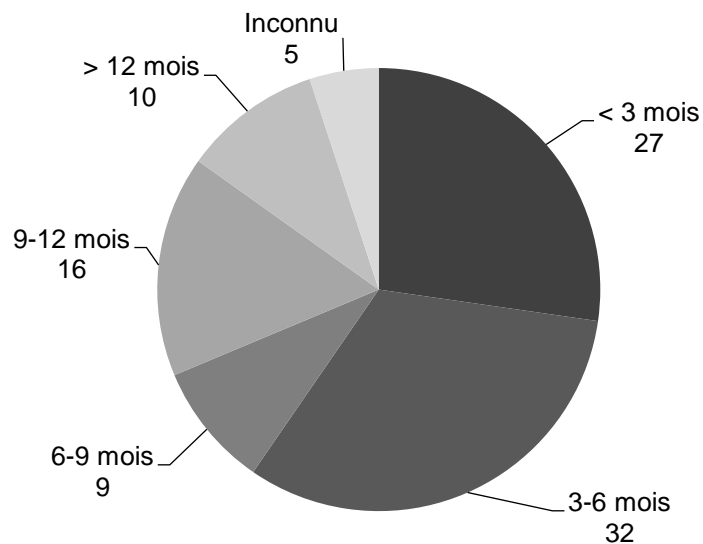


Figure 7. Âge des bébés de la recherche (N=99)

⁹² Nous suggérons de retenir les trois premières lettres du nom de famille et les trois premières lettres du prénom de l'enfant. Par exemple, m'appellant Solène Ekizian, la séance pourrait s'appeler « 20200812_eki_sol ».

L'un des éléments primordiaux de cette thèse repose sur le fait de prendre en charge les bébés au plus tôt. En effet, c'est l'une des caractéristiques indispensables pour intervenir : agir au plus tôt pour disposer d'un maximum d'outils.

Il convient donc de s'intéresser à l'âge des bébés lors de leur arrivée en thérapie. Nous y reviendrons plus tard, mais il convient également d'indiquer que l'âge des bébés nés avant 36 SA, c'est-à-dire des bébés considérés comme prématurés, doit être corrigé. L'âge corrigé est ainsi non pas la différence entre la date de la séance et la date de naissance du bébé, mais la différence entre la date de la séance et la date prévue des 40 SA de la grossesse. En effet, si le bébé né prématurément peut éventuellement rattraper les bébés de sa « classe d'âge » en termes de développement physique (taille et poids), il n'en est rien pour le développement neurologique.

La répartition par âge des 99 bébés de cette recherche indique que plus de 70% des bébés reçus ont moins de 10 mois à la première séance.

Nous prenons d'ores et déjà le parti d'exclure de notre recherche tous les bébés ayant plus de 12 mois ou d'âge inconnu à la première séance car ils ne permettront pas de témoigner ou non de « l'efficacité » de notre méthodologie (N=85).

3.2.2. Catégorisation des bébés de la cohorte

Nous sommes partis d'une hypothèse empirique formulée par M-C. Laznik ayant suivi ces bébés : c'est elle qui en premier lieu se positionnait pour indiquer le motif de consultation du bébé et s'il présentait, ou non, des « risques d'autismes ». Cela a été par ailleurs, tant que possible, vérifié dans les dossiers médicaux des patients où figurait parfois la demande d'orientation d'un autre professionnel. Nous avons également visionné ensemble, avec l'équipe de recherche, un grand nombre de films de thérapie lorsqu'un doute subsistait.

Le fait est que M-C. Laznik elle-même est à l'origine des hypothèses théorico-cliniques ayant permis de penser l'outil PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017), elle est donc manifestement la personne la mieux placée pour évoquer (ou non) des « risques d'autismes » chez un bébé. Toutefois, la rigueur scientifique n'apparaissait pas suffisante dans cette manière de catégoriser.

Le seul outil clinique à notre disposition pour affirmer (ou non) qu'un bébé présente des « risques d'autismes » si jeune – le M-CHAT ne s'appliquant qu'à partir de 16 mois – est en effet l'outil PREAUT-OLLIAC et la publication sur sa validation scientifique étant arrivée pendant ce travail thèse (Olliac et al., 2017), c'est finalement l'administration de cette grille à chaque bébé qui fut retenue.

Comme mentionné dans les critères d'exclusion de la recherche, cette nouvelle considération modifie le nombre de bébés pouvant être inclus dans ce travail de recherche. En effet, dans la pratique, il arrive fréquemment d'administrer (sur papier ou mentalement) l'outil PREAUT-OLLIAC à un bébé et ce, quel que soit son âge. D'ailleurs, un bébé se développant « harmonieusement » pourra obtenir un score maximum même avant l'âge minimum pour lequel la grille PREAUT-OLLIAC est validée.

Cependant, la validation scientifique (Olliac et al., 2017) portant sur une évaluation à 4 mois \pm 29 jours et/ou à 9 mois \pm 29 jours, si une séance de thérapie n'a pas eu lieu ou n'a pas été filmée dans ces fenêtres temporelles, le cas de l'enfant devient inconsiderable pour la recherche et il doit être exclu.

Il émerge ici un élément sur lequel il convient d'avertir nos collègues chercheurs dans le domaine : anticiper et proposer à ces bébés de (re)venir à ces périodes d'âge charnières. À titre d'illustration nous concernant, 20 bébés ayant moins de 6 mois à la première consultation (7 ayant moins de 3 mois et 13 ayant entre 3 et 6 mois) n'ont pas pu être considérés car nous ne disposions pas de films à leur égard aux périodes mentionnées.

Avant d'en arriver là, trois « phases » de catégorisation ont eu lieu. Elles ont été successivement présentées au sein de colloques et congrès en France ou à l'étranger (cf. Liste des interventions publiques en lien avec cette thèse de doctorat) et font partie intégrante de cette recherche, d'où l'importance de les faire figurer ici.

3.2.2.1. Évolution de la catégorisation de bébés

3.2.2.1.1. Phase 1 : Considération des « types de troubles »

Présentations Belo-Horizonte (Brésil), août 2016 (cf. Poster – Annexe 7) ; Paris La Pitié-Salpêtrière, juil. 2017 (cf. Poster – Annexe 8)

À cette phase, 44 bébés sont considérés dans la recherche.

Les bébés âgés de plus de 12 mois à la première consultation sont exclus puisque le travail de recherche se situe autour d'une prise en charge le plus tôt possible. Les bébés pour lesquels nous ne disposons pas de suffisamment d'informations ou de séances filmées le sont également.

Les 44 bébés retenus (juil. 2017) sont catégorisés comme suit :

- I. Cas typique (9)
 - II. Frère/sœur ou enfant d'autiste (8)
 - III. Pathologie associée (1)
 - IV. Accident de périnatalité ou prématuré (2)
 - V. Retrait relationnel (0)
- + Bébés restant à catégoriser : 24

Un bébé est considéré « cas typique » lorsqu'il présente toutes les caractéristiques d'un bébé à « risques d'autismes », à savoir : absence de regards adressés (même face à une prosodie du mamanais), absence de contact avec tous les adultes (parents et thérapeute inclus), absence d'initiation de la relation et également des difficultés à s'organiser sur le plan sensori-moteur.

Ce qui distinguerait cette catégorie de la catégorie « retrait relationnel » demeure flou, d'ailleurs aucun bébé n'y est encore catégorisé. L'idée serait que ces bébés en retrait relationnel ne seraient pas forcément en « danger d'autisme », ils pourraient être en retrait relationnel en lien avec une dépression du côté maternel ou du bébé lui-même par exemple, et donc ne présenteraient pas de difficultés particulières en termes sensori-moteurs. Aussi, le thérapeute arriverait très rapidement (souvent dès la première séance) à capter le regard et l'attention du bébé grâce à la prosodie du mamanais.

À noter, un bébé pourrait s'inscrire dans plusieurs catégories, par exemple un bébé ayant un frère ou une sœur aîné/e autiste pourrait être aussi considéré comme un cas typique... ou à l'inverse, malgré un facteur de risque génétique existant, ne présenter aucun signe de risque.

Également, rien n'est pensé pour faire ressortir les éventuels dysfonctionnements ou troubles psychiques dans l'environnement du bébé.

3.2.2.1.2. Phase 2 : Considération de catégories et sous-catégories

Présentations Besançon, nov. 2017 ; Évora (Portugal), jan. 2018 ; Paris, fév. 2018 ; Rome (Italie), mai 2018 (cf. Annexe 9) ; Belo-Horizonte (Brésil), juil. 2018

À cette étape, à la suite d'une recherche et d'un accès aux dossiers médicaux des patients sur les différents lieux de consultations, l'échantillon de bébés augmente à 98 puis 99 bébés. Les bébés âgés de plus de 12 mois à la première consultation demeurent exclus. Ceux pour lesquels nous ne disposons pas de suffisamment d'informations ou de séances filmées aussi.

Un long travail se profile, il est nécessaire pour passer en revue chaque bébé afin de décider, après lecture du dossier patient et réflexions partagées avec M-C. Laznik, dans quelle catégorie le bébé va être inscrit. Nous passons successivement de 65 bébés inclus (nov. 2017) à 77 bébés (juil. 2018) avec respectivement 12 puis 14 exclus. Le reste des bébés demeurent à catégoriser. Parallèlement, l'organisation et le recensement des films se poursuit.

Les 77 bébés retenus (juil. 2018) sont catégorisés comme suit :

I. À risques d'autismes (45)

* *Les bébés ont la possibilité d'être inclus dans plusieurs des sous-catégories suivantes*

- a) Cas typique (16)
 - b) Frère/sœur ou enfant d'autiste (20)
 - c) Pathologie associée (13)
 - d) Accident de périnatalité ou prématurité (4)
- #### II. Retrait relationnel sans risque autistique (2)
- a) Pathologie organique (génétique ou sensorielle) (1)
 - b) Accident de périnatalité ou prématurité (1)

- c) Dépression (0)
- III. Sans retrait relationnel (4)
 - a) Pathologie organique (génétique ou sensorielle) (1)
 - b) Accident de périnatalité ou prématurité (3)
- IV. Autres troubles (3)
 - a) Sommeil (2)
 - b) Alimentation (0)
 - c) Spasmes du sanglot (1)
- V. Difficultés du côté des mères et/ou des pères (gravement déprimées, traumatisées, troubles psychiques) (20)
 - a) Bébé en retrait relationnel (9)
 - b) Bébé sans retrait relationnel (11)
- VI. Doutes entre début d'autisme et retrait relationnel persistant (3)

Les catégories se sont étoffées, il y a désormais des catégories et des sous-catégories. Le fait que la première catégorie offre la possibilité de s'inscrire dans plusieurs sous-catégories (comparativement aux autres catégories où cela n'est pas le cas) n'est pas satisfaisant et doit être davantage réfléchi.

La catégorie relative à un « retrait relationnel sans risque autistique » inclus désormais des bébés. Une catégorie a été créée pour recenser les bébés ne présentant aucune difficulté du côté de la relation (« autres troubles ») et une autre catégorie afin de prendre en considération les difficultés du côté de l'environnement.

Également, une autre catégorie a vu le jour concernant des « doutes entre un début d'autisme et un retrait relationnel persistant ». Cette dernière catégorie renvoie au fait que la thérapeute arrive à capter l'attention du bébé grâce à la prosodie du mamais mais a besoin d'aller « récupérer » le bébé à la séance suivante, comme si les choses ne s'inscrivaient pas. Ce sont des bébés pour lesquelles le développement psychomoteur peut être mis à mal... ce qui ne simplifie pas la catégorisation.

Se pose toujours la question de ne pas pouvoir inscrire un bébé dans deux catégories : qu'en serait-il par exemple d'un bébé « cas typique », frère d'un aîné autiste, prématuré et

dont la mère présente une dépression ? Comment prioriser son inclusion dans une catégorie par rapport à une autre ?

Se pose également toujours le souci de ces fameux bébés issus de fratrie d'autiste(s) pour lesquels des risques vont se confirmer quand chez d'autres, ils seront inexistantes. Nous décidons que cela concernera le « destin » des bébés, une étape ultérieure de la recherche.

Nous constatons que la grande majorité des bébés sont catégorisés « à risques d'autismes ». Nous réfléchissons sur l'existence d'un biais de recrutement du fait que M-C. Laznik soit reconnue pour sa pratique auprès de ces bébés spécifiquement.

3.2.2.1.3. Phase 3 : Considération de catégories et introduction de la notion de facteurs

Présentations Belo-Horizonte (Brésil), juil. 2018 ; Évora (Portugal), jan. 2020

À cette étape, c'est une véritable refonte des catégories qui est à l'œuvre avec l'aide extérieure d'un ingénieur. Il y a l'apparition de « facteurs » afin de pouvoir permettre à des bébés d'être dotés de caractéristiques différentes au sein d'une même catégorie et également d'obtenir des renseignements plus complets et plus précis pour chaque bébé.

Les bébés exclus de la recherche sont toujours considérés de la même façon (plus de 12 mois à la première séance, manque d'informations, manque de séances filmées). Ils sont désormais 16 à être exclus et donc 83 à être inclus (N=99). Tous les bébés ont été considérés.

Les statistiques ayant été particulièrement avancées à cette étape, détaillons-les ici. Nous pourrons par la suite les utiliser pour les comparer avec la catégorisation réalisée à l'aide de l'outil PREAUT-OLLIAC.

Les 83 bébés retenus (juil. 2018) se catégorisent comme suit :

- I. À risques d'autismes (56)
- II. Retrait relationnel sans risque autistique (8)
- III. Sans retrait relationnel (15)
- IV. Doute entre début d'autisme et retrait relationnel persistant (4)

Dans chaque catégorie, il y a à cette étape introduction de facteurs avec trois ou quatre conditions possibles :

- Facteur A : Pathologique :
 - Aucune pathologie associée avérée (68)
 - Pathologie organique majeure associée : neurologique, génétique ou sensorielle (8)
 - Autre pathologie ou trouble associé (7)
- Facteur B : Condition de la naissance :
 - Aucune condition particulière avérée (73)
 - Accident de périnatalité (6)
 - Prématurité (10)
- Facteur C : Environnement familial :
 - Aucun facteur environnemental connu (30)
 - Frère, sœur ou enfant d'autiste (26)
 - Frère, sœur ou enfant d'une personne présentant une pathologie majeure (2)
 - Difficultés du côté des mères/pères (gravement déprimées, traumatisées ou présentant des troubles psychiques) (17)

Les catégories « autres troubles » et « difficultés du côté des mères et/ou des pères (gravement déprimées, traumatisées, troubles psychiques) » ont disparu puisque ces éléments sont désormais considérés dans les facteurs A (pathologique) et C (environnement familial).

Bien que les facteurs aident nettement à obtenir un nombre d'informations constant pour les bébés, les catégories demeurent difficilement descriptibles quant à l'inclusion stricte d'un bébé à l'intérieur. Peut-être faut-il alors réfléchir à catégoriser autrement ?

3.2.2.2. Catégorisation retenue : considération de la grille PREAUT-OLLIAC (avril 2020)

À partir de cette considération, il a été décidé que les facteurs considérés soient dissociés des catégories relatives à la grille PREAUT-OLLIAC (décembre 2020).

3.2.2.2.1. Nouveaux critères d'exclusion

Revenons sur les critères d'exclusion. Les bébés exclus répondent à un ou plusieurs des motifs suivants :

- Âge (âge corrigé dans le cas de prématurité) supérieur à 12 mois ou inconnu pour le bébé (dossier médical non retrouvé dans les archives : pas d'accès à la date de naissance).
- Absence de séances filmées dans la fenêtre temporelle relative à la grille PREAUT-OLLIAC (à 4 mois \pm 29 jours et/ou à 9 mois \pm 29 jours).
- Séance filmée non exploitable selon les critères de la grille PREAUT-OLLIAC.

Voici un récapitulatif détaillé des bébés inclus :

Administration du signe PREAUT-OLLIAC	Nb de bébés
Séance filmée à 4 mois \pm 29 jours (entre 91j et 149j)	16
Séance filmée à 9 mois \pm 29 jours (entre 241j et 299j)	17
Séances filmées à 4 mois \pm 29 jours et à 9 mois \pm 29 jours	15
TOTAL BEBES INCLUS DANS L'ECHANTILLON	48
NOMBRE DE SEANCES FILMEES A ETUDIER	63

Le second critère relatif à l'existence de films de séances dans les fenêtres temporelles indiquées dans l'article d'Olliac et al. (2017) porte donc l'échantillon à N=48.

En revanche, malgré le fait qu'il existe des séances filmées dans les fenêtres temporelles souhaitées, les critères de passation de l'outil PREAUT-OLLIAC n'en sont pas pour autant respectés pour tous. En effet, les items de la grille s'intéressent à des sollicitations du thérapeute et des parents envers le bébé, ainsi qu'à des agirs spontanés du bébé. Ce troisième critère porte ainsi le nombre de bébés inclus dans la recherche à N=37 puisque seules 46 séances filmées sur les 63 ont répondu aux critères de passation.

Ainsi, sur 17 passations inapplicables, la plus grande majorité est dû à une absence de sollicitation des parents (N=12). Les autres critères d'inapplicabilité de la grille renvoient à un bébé qui dort (N=1), un bébé qui est nourrit (N=1), pas de situation de face à face entre le bébé et ses parents (N=1), l'absence du thérapeute (N=1) et une co-consultation avec absence de sollicitation du bébé (N=1).

Voyons en détails les cas d'absence de sollicitation du bébé par les parents. À 4 mois \pm 29 jours, sur 7 passations inapplicables, 4 ont pour motif une absence de sollicitation des parents. On peut ici poser une hypothèse en lien avec la *Regulation Down* mentionnée précédemment : c'est comme si les parents, par crainte de ne pas avoir de réponse de leur bébé, avaient arrêté de le solliciter – en effet, en une heure de séance de thérapie, ils ne sollicitent leur bébé à aucun moment. Sur ces 4 passations inapplicables, 2 bénéficieront d'une passation à 9 mois applicable (donc des parents sollicitant). Il est intéressant de remarquer que la situation évoluera de ce point de vue puisque les parents seront en mesure de solliciter le bébé à la passation suivante. Toutefois, pour les 2 autres, aucune séance filmée dans la fenêtre temporelle autour de 9 mois n'a permis la passation de la grille.

À 9 mois \pm 29 jours, sur 10 passations inapplicables, 8 ont pour motif une absence de sollicitation des parents. Cela renvoie aux hypothèses de *Regulation Down* mentionnées précédemment. Sur ces 8 passations inapplicables, 4 avaient bénéficié d'une passation applicable à 4 mois, montrant qu'à l'époque, la sollicitation était encore possible.

3.2.2.2.2. Description de l'échantillon retenu (N=37)

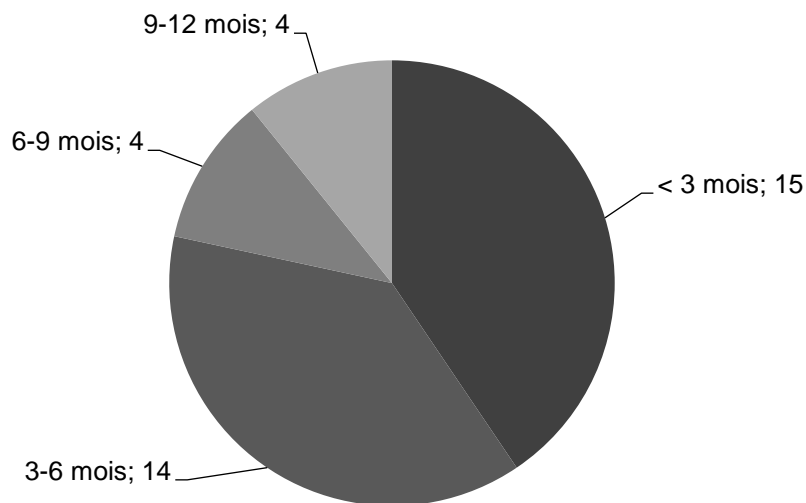


Figure 8. Âge des bébés de l'échantillon à la première séance (N=37)

La répartition par âge des bébés inclus dans la recherche met en évidence qu'environ 90% des bébés sont arrivés en thérapie avant l'âge de 9 mois (vs 70% dans la cohorte de départ) et que plus de 75% des bébés y sont arrivés avant 7 mois. Il est donc possible d'indiquer que l'on se situe dans une démarche préventive.

À noter que la dernière classe d'âge référencée « 9-12 mois » correspond en réalité dans ce contexte à « 9 mois – 9 mois 29 jours ».

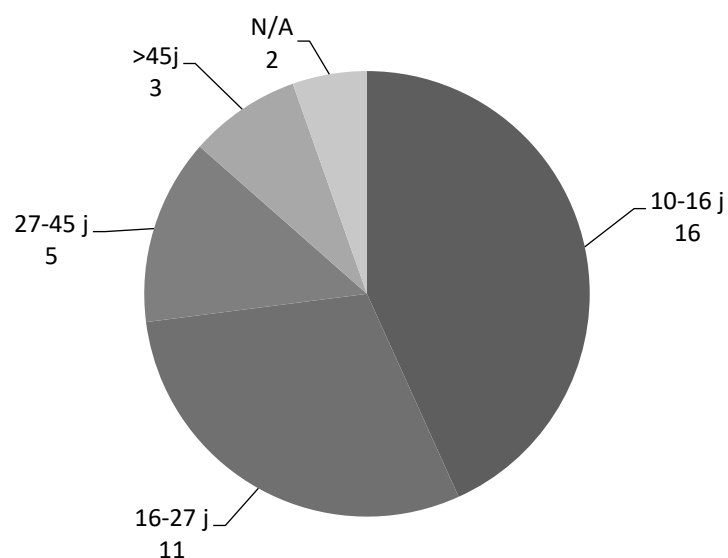


Figure 9. Cadence entre 2 séances (N=37)

43% des bébés ont bénéficié de séances dont l'espace moyen entre deux était de 10 à 16 jours. Si nous préconisons une séance de thérapie par semaine, les chiffres de ce graphique n'en rendent pas compte. Il convient d'indiquer que pendant les vacances scolaires, les lieux de consultations sont fermés, cette donnée vient ainsi parasiter les moyennes.

Les vacances scolaires sont donc un élément de discussion intéressant car les bébés sont très inégaux sur ce point. En effet, si des séances peuvent être proposées au cabinet de la thérapeute lorsque les lieux de consultations publiques sont fermés, certains bébés ne viennent jamais en thérapie pendant les vacances scolaires, d'autres viennent certaines semaines mais pas d'autres. À noter qu'à l'été et à Noël, deux pauses de séances arrivent inévitablement chaque année, mais là encore de durée variable. Il est donc difficile de faire entrer ce paramètre en considération.

Intéressons-nous à présent à la variable sexe. Notre échantillon est constitué de 24 garçons et 13 filles.

Nous basant sur l'étude menée par Ozonoff et al. (2011) indiquant que les facteurs ethniques et sociaux ne sont pas prédictifs d'autisme, nous ne les avons pas considérés dans cette recherche.

Après étude des séances filmées, chacun des bébés s'inscrira dans l'une des catégories suivantes :

- Catégorie 1 : « Risques d'autismes »
- Catégorie 2 : Sans « risques d'autismes »

L'inscription d'un bébé dans une catégorie dépendra naturellement de son score obtenu à la passation de la grille PREAUT-OLLIAC, comme nous l'avons présenté (cf. II,1.2.4.).

3.2.2.2.3. *Protocole de catégorisation*

Rappel des catégories faisant référence à l'outil PREAUT-OLLIAC (cf. II,1.2.4.2.) :

- Catégorie 1 : « Risques d'autismes »

PREAUT-4 : score ≤ 3 ; PREAUT-9 : score ≤ 5

- Catégorie 2 : Sans « risques d'autismes »

PREAUT-4 : score > 3 ; PREAUT-9 : score > 5

- Cas a : PREAUT-4 : score entre 4 et 14 ; PREAUT-9 : score entre 6 et 14
⇒ Pas de « risques d'autismes » mais autres troubles potentiels à investiguer.
- Cas b : PREAUT-4 et PREAUT-9 : score = 15
⇒ Développement psychique *à priori* « bon ».

3.2.2.2.4. *Application de la grille PREAUT-OLLIAC dans le contexte de thérapie*

Rapidement après avoir commencé à administrer la grille PREAUT-OLLIAC aux films de séances de thérapie bébé-parents, un constat important a émergé et mérite d'être discuté.

En effet, la grille PREAUT-OLLIAC implique l'intervention d'un bébé de manière spontanée (en dehors de toute proto-conversation ou sollicitation à son égard mentionne la grille). Rappelons aussi que dans l'étude publiée par Olliac et al. (2017), le contexte d'administration de la grille est une consultation en PMI aux 4 et 9 mois de l'enfant.

Or, dans la grande majorité des séances de thérapie bébé-parents, le thérapeute (comme le(s) partenaire(s) du bébé) suscite(nt) l'interaction avec le bébé puisque l'on s'inscrit dans une « réanimation psychique » comme nous l'avons décrit précédemment. La réanimation psychique implique d'aller quasi-systématiquement chercher, récupérer, le bébé pour éviter qu'il ne se renferme. Cela n'est donc pas compatible avec ce qui est attendu par l'outil PREAUT-OLLIAC.

Si cela est rare qu'en séance de thérapie le bébé puisse spontanément intervenir (ce qui implique donc qu'aucun adulte ne s'adresse à lui pendant un certain temps), cela n'est pourtant pas inexistant, et dans ce cas précis, la grille PREAUT-OLLIAC est administrable.

Par exemple, c'est le cas lorsque les adultes échangent entre eux, laissant à ce moment la possibilité au bébé de venir solliciter l'adulte. Il est indispensable à ce moment donné de ne pas confondre initiation et relance ou réponse.

Il n'en reste pas moins que cela apparaît très intéressant pour la recherche de pouvoir utiliser l'outil PREAUT-OLLIAC pour définir les « risques d'autismes » présentés éventuellement par un bébé.

Adapter le dispositif thérapeutique pour pouvoir y inclure l’outil PREAUT-OLLIAC semble être une condition nécessaire si l’on veut pouvoir utiliser le matériel dans le champ de la recherche clinique. Il est ainsi recommandé aux professionnels de laisser pendant quelques minutes le bébé allongé sur le sol, sans sollicitation, afin de voir comment il se positionne.

Cela permettra également de pouvoir s’intéresser aux mouvements généraux du bébé, ce qui représente un intérêt actuel dans le champ de recherche clinique autour de ces bébés (cf. II,1.3.1.).

Voici donc la répartition des bébés par catégorie (N=37) :

Tableau 8. Répartition des bébés par catégorie après administration de la grille PREAUT-OLLIAC (N=37)

<i>Catégorie</i>	<i>Nb de bébés</i>
1. « À risques d’autismes »	25
2. « Sans risques d’autismes »	12
<i>Cas a : Score intermédiaire</i>	<i>10</i>
<i>Cas b : Score maximum</i>	<i>2</i>

À noter que pour les bébés pour lesquels la grille a pu être administrée à 4 mois \pm 29 jours et à 9 mois \pm 29 jours (N=9), le résultat retenu pour la répartition est celui considéré comme « pire » (1 seul des bébés sur les 9 a un résultat différent aux deux passations, passant d’« à risques d’autismes » à « sans risques d’autismes »).

3.2.2.3. Considération de facteurs

À partir des dossiers médicaux et des informations délivrées par les parents en séances, les 37 bébés inclus ont une ou plusieurs réponses parmi les facteurs que nous allons développer.

3.2.2.3.1. Facteur A : « Pathologie »

Pour ce facteur, il existe trois options possibles :

- i. « Aucune pathologie associée avérée »

Cela ne veut pas dire qu’aucune pathologie n’existe ou n’existera pour le bébé, mais aucune n’a été identifiée comme telle lors de nos investigations (basées sur le discours des

parents adressées au thérapeute en séance, identifiables dans les séances filmées, et renseignées dans les dossiers de patients consultés).

- ii. « Pathologie organique ou fonctionnelle majeure associée : neurologique, génétique ou sensorielle »

Il est considéré comme pathologie l'« ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne »⁹³. L'aspect « organique » évoqué renvoie à une lésion d'un organe⁹⁴, et l'aspect « fonctionnel » renvoie, comme son nom l'indique à une fonction de l'organisme qui ne peut être correctement assurée⁹⁵.

Il est identifié dans la cohorte étudiée :

- Des pathologies neurologiques (qui touchent au système nerveux).
 - Des pathologies génétiques (qui résultent de l'altération d'un ou plusieurs gènes).
 - Des pathologies sensorielles (qui résultent de l'altération d'un ou plusieurs organes des sens).
- iii. « Autre pathologie ou trouble associé »

Cela renvoie à des pathologies ou troubles mineurs.

⁹³ Pathologie (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 13 décembre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pathologie/58644>

⁹⁴ Organique (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 13 décembre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organique/56415>

⁹⁵ Fonctionnel (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 13 décembre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fonctionnel/34465>

Voici la répartition des bébés selon le facteur A « Pathologie » :

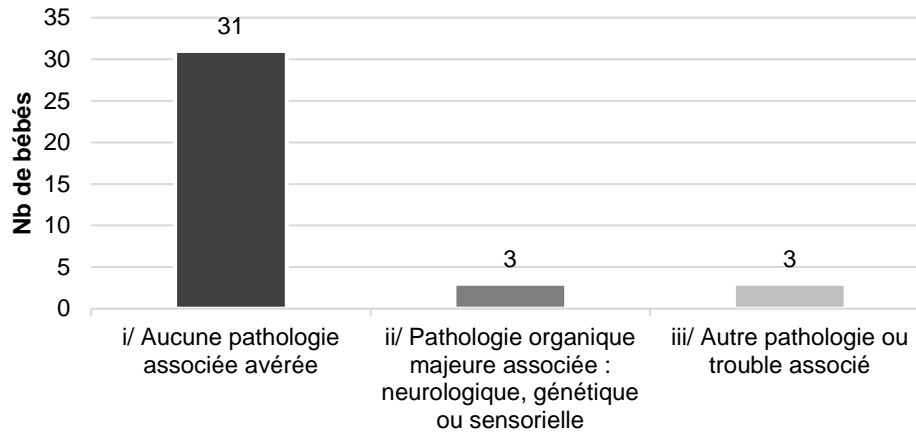


Figure 10. Répartition des bébés selon la « Pathologie » (N=37)

3.2.2.3.2. Facteur B : « Condition de la naissance »

Pour ce facteur, il existe trois options possibles :

- i. « Aucune condition particulière avérée »

Cela ne veut pas dire qu’aucune condition particulière n’a existé pour le bébé au moment de sa naissance, mais aucune n’a été identifiée comme telle ou relatée lors de nos investigations (basées sur le discours des partenaires adressé au thérapeute en séance, identifiable dans les séances filmées, et renseigné dans les dossiers de patients consultés).

- ii. « Accident de périnatalité »

L’OMS⁹⁶ définit la période périnatale entre 28 SA et le 7^{ème} jour de vie après la naissance, mais de nombreux auteurs que nous rejoignons élargissent la considération de la notion de « périnatalité » à une temporalité plus grande (un continuum pourrait être considéré entre la période de la grossesse et le post-partum, incluant naturellement l’accouchement).

⁹⁶ Ministère des solidarités et de la santé. (2016, 13 avril). *Périnatalité*. Consulté le 13 décembre 2020 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>

Ici, nous nous référons à des « accidents », c'est-à-dire à des « événement[s] fortuit[s] [ayant] des effets plus ou moins dommageables pour les personnes [concernées] »⁹⁷ survenant dans cette période autour de la naissance du bébé.

- iii. « Prématurité »

Comme l'explique le site officiel de l'INSERM⁹⁸, un enfant est considéré prématuré s'il naît avant 37 SA. Trois niveaux de prématurité sont à distinguer :

- La prématurité moyenne : naissance entre la 32^{ème} et la 36^{ème} SA révolue.
- La grande prématurité : naissance entre la 28^{ème} et la 32^{ème} SA.
- La très grande prématurité : naissance intervenant avant 28 SA.

Lorsque le bébé est dit « prématuré », il est indispensable d'en tenir compte lorsque l'on s'intéresse à ses acquisitions. Ainsi, l'INSERM recommande aux professionnels accompagnant les bébés de tenir compte de l'« âge corrigé » et non de l'âge réel, chronologique, et cette considération tient jusqu'aux 24 mois de l'enfant.

Dans le cadre des thérapies, et notamment lors de l'application de la grille PREAUT-OLLIAC, cet élément est aussi à prendre en considération.

⁹⁷ Accident (s. d.). Dans *Larousse*. Consulté le 13 décembre 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accident/431>

⁹⁸ Ancel, P.-Y. (2015, 1^{er} décembre). *Prématurité. Ces bébés qui arrivent trop tôt*. INSERM. Consulté le 13 décembre 2020 sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

Voici la répartition des bébés selon le facteur B « Condition de la naissance » :

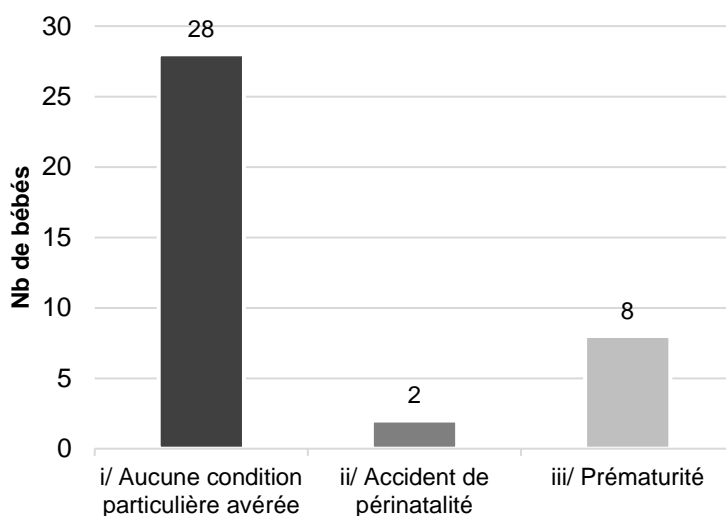


Figure 11. Répartition des bébés selon la « Condition de la naissance » (N=37)

À noter qu'un bébé de l'échantillon réuni deux conditions (accident de périnatalité et prématurité).

3.2.2.3.3. Facteur C : « Environnement familial »

Pour ce facteur, il existe quatre options possibles :

- i. « Aucun facteur environnemental connu »

Cela ne veut pas dire qu'aucun facteur environnemental n'existe ou n'existera pour le bébé, mais aucun n'a été identifié comme tel lors de nos investigations (basées sur le discours des partenaires adressées au thérapeute en séance, identifiable dans les séances filmées, et renseigné dans les dossiers de patients consultés).

- ii. « Frère, sœur ou enfant d'autiste »

Comme nous l'avons déjà mentionné, avoir dans sa fratrie un ou plusieurs aîné(s) autiste(s) augmente le risque d'en présenter (Ozonoff et al., 2011) (cf. II,1.4.), c'est donc un critère indispensable à prendre en considération, qui peut peut-être même être envisagé comme « facteur de protection », si l'on propose à ces partenaires de venir nous rencontrer

avec leur bébé dès leur plus jeune âge. Notre cohorte comporte également des enfants de personnes autistes.

- iii. « Frère, sœur ou enfant d'une personne présentant une pathologie majeure »

Bien que nous n'ayons pas de chiffres à communiquer à ce sujet car le terme de « pathologie » est très large, il demeure important d'identifier spécifiquement ces enfants car une pathologie peut avoir un caractère héréditaire.

- iv. « Difficultés du côté des partenaires du bébé (gravement déprimés, traumatisés ou présentant des troubles psychiques) »

Nombreuses sont les études qui mentionnent un lien possible entre l'état psychique développé par les partenaires du bébé et l'état du bébé lui-même, il apparaît donc fondamental de le repérer. Toutefois, il demeure important de rappeler que les choses ne sont jamais unilatérales.

Voici la répartition des bébés selon le facteur C « Environnement familial » :

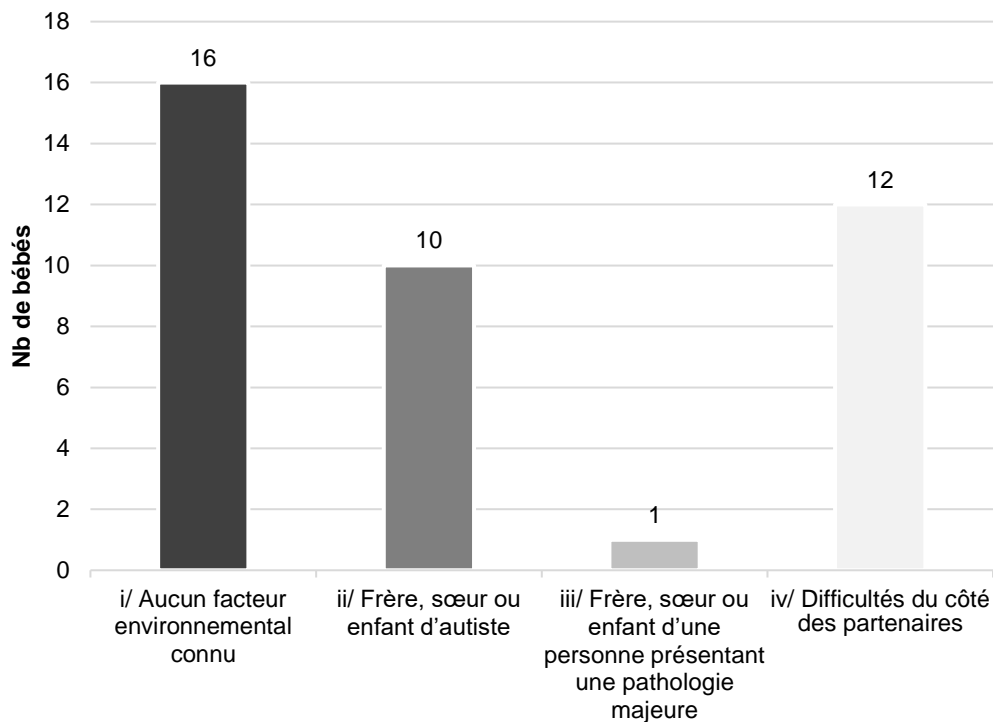


Figure 12. Répartition des bébés selon l'« Environnement familial » (N=37)

À noter que comme dans le facteur précédent, deux conditions se dégagent comme possiblement présentes chez deux bébés.

Après cette présentation détaillée des catégories finalement retenues pour organiser notre cohorte, puis des facteurs considérés, passons à présent aux analyses statistiques de la cohorte.

3.3. Analyses statistiques de la cohorte

3.3.1. Catégorisation retenue x catégorisation phase 3

Tableau 9. Catégorisation retenue vs catégorisation phase 3 (N=37)

CATÉGORISATION RETENUE	CATÉGORISATION PHASE 3			
	<i>A risque d'autisme</i>	<i>Doute entre début d'autisme et retrait relationnel persistant</i>	<i>Retrait relationnel sans risque autistique</i>	<i>Sans retrait relationnel</i>
A risques d'autismes	18	1	4	2
Sans risques Score intermédiaire	7	1	1	1
Sans risques Score maximum	2			

Les résultats obtenus à la suite de la catégorisation de l'échantillon à l'aide de l'outil PREAUT-OLLIAC nous confirme le manque d'objectivité dans la première analyse empirique (catégorisation phase 3 – cf. II,3.2.2.1.3.). S'il est intéressant de constater que les proportions à risques vs sans risques sont approximativement les mêmes, en revanche, les bébés considérés dans chacune des catégories ne sont pas les mêmes. Ainsi, les bébés catégorisés identiquement entre l'ancienne catégorisation et la catégorisation retenue représentent 54% de l'échantillon soit 20 bébés sur les 37 inclus. On peut donc parler d'une répartition aléatoire puisque s'approchant de 50%.

À noter que dans l'ancienne catégorisation, nous n'avions pas dissocié les facteurs, c'est-à-dire que par exemple, un bébé ayant un ou plusieurs aîné(s) autiste(s) était considéré d'emblée comme « à risques d'autismes », avant même d'être reçu en thérapie.

3.3.2. Catégorisation retenue x temporalité de la prise en charge

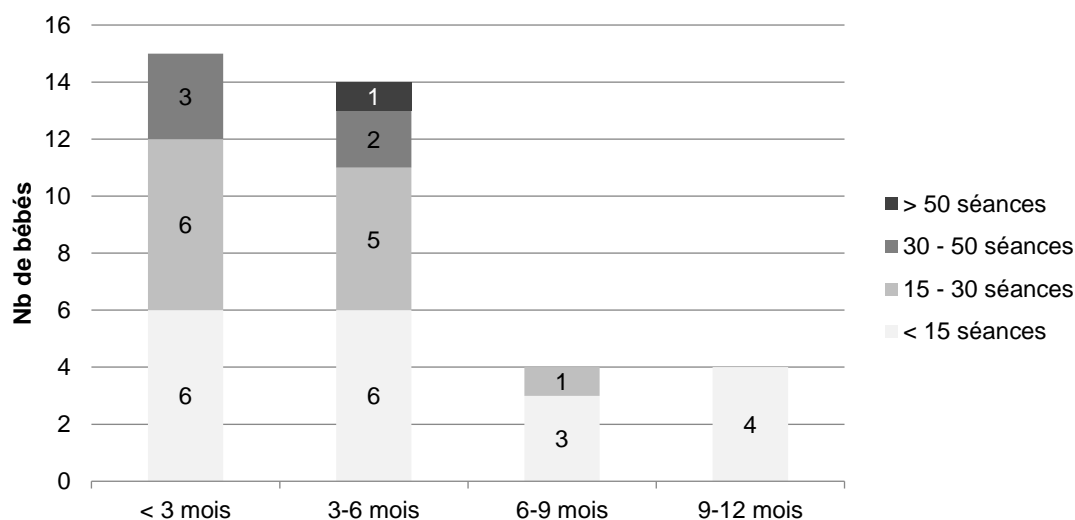


Figure 13. Nombre de séances avant 18 mois (N=37)

Dans notre contexte (N=37), le nombre de séances le plus élevé est attribué à un bébé « à risques d'autismes » (score PREAUT-4 = 1) arrivé entre 3 et 6 mois (> 50 séances). On observe dans ce cas particulier que le bébé a pendant toute une période été reçu deux fois par semaine afin de permettre à la mère et au père de venir chacun leur tour en séance.

Pour le reste des bébés, considérant le nombre de séances jusqu'aux 18 mois, un bébé arrivé tôt en thérapie a logiquement davantage de temps entre sa première séance et ses 18 mois pour engranger un grand nombre de séances. Cela semble se vérifier dans cette analyse.

Ce graphique permet d'infirmer l'hypothèse secondaire de cette recherche selon laquelle au plus tôt un bébé arrive en thérapie, au moins il aurait besoin de séances de thérapie.

3.3.3. Catégorisation retenue x facteurs

Tableau 10. Catégorisation retenue vs catégorisation / Facteur A Pathologique (N=37)

	<i>i/ Aucune pathologie associée avérée</i>	<i>ii/ Pathologie organique majeure associée : neurologique, génétique ou sensorielle</i>	<i>iii/ Autre pathologie ou trouble associé</i>
A risques d'autismes	22	1	2
Sans risques d'autismes	7	2	1
Bon développement	2	0	0

Nous constatons ici que 88% des bébés à « risques d'autismes » n'ont aucune pathologie associée avérée. Pour le reste, la répartition ne semble pas significative.

Tableau 11. Catégorisation retenue vs catégorisation / Facteur B
Condition de la naissance (N=37)

	<i>i/ Aucune condition particulière avérée</i>	<i>ii/ Accident de périnatalité</i>	<i>iii/ Prématurité</i>
A risques d'autismes	17	2	7
Sans risques d'autismes	9	0	1
Bon développement	2	0	0

Nous constatons ici que la majorité des bébés (68%) n'ont aucune condition particulière avérée lors de leur naissance. Il est intéressant ici de constater que 7 prématurés sur 8 sont classés à « risques d'autismes ». Ces résultats donnent des pistes à investiguer.

Tableau 12. Catégorisation retenue vs catégorisation / Facteur C
Environnement familial (N=37)

	<i>i/ Aucun facteur environnemental connu</i>	<i>ii/ Frère, sœur ou enfant d'autiste</i>	<i>iii/ Frère, sœur ou enfant d'une personne présentant une pathologie majeure</i>	<i>iv/ Difficultés du côté des partenaires</i>
A risques d'autismes	9	7	0	11
Sans risques d'autismes	7	2	0	1
Bon développement	0	1	1	0

À noter que comme pour le facteur précédent, deux conditions se dégagent comme possiblement aggravant les « risques d'autismes », à savoir être frère, sœur ou enfant d'autiste (7 bébés sur 10) ou avoir des partenaires présentant certaines difficultés (gravement déprimés, traumatisés ou présentant des troubles psychiques) (11 bébés sur 12).

Tableau 13. Catégorisation retenue vs catégorisation / Autre facteur : Sexe (N=37)

	<i>i/ Masculin</i>	<i>ii/ Féminin</i>
A risques d'autismes	17	8
Sans risques d'autismes	5	5
Bon développement	2	0

Un autre facteur est intéressant à étudier relativement aux sexes des bébés. En effet, 17 garçons sur 24 sont à « risques d'autismes » (71%) là où seulement 8 filles sur 13 le sont (61%).

Aussi, parmi les bébés à « risques d'autismes », 17 sont des garçons pour 8 filles. Pour rappel, l'INSERM référence une étude mentionnant un ratio en population autiste de 3 garçons pour 1 fille (Loomes et al., 2017). Le ratio n'est donc pas vérifié ici puisque nous sommes plutôt à 2 garçons pour 1 fille.

Ces constatations sont hautement critiquables sur plusieurs points :

- Au vu de la taille de l'échantillon (N=37).
- Au vu du biais de recrutement relatif au motif de consultation : nous ne nous situons pas en « population aléatoire » puisque les partenaires amenant leur bébé en thérapie y viennent après que quelque chose eut été repéré, de leur initiative ou par des professionnels.
- Au vu du biais de recrutement relatif au réseau de santé publique : les thérapies bébé-parents étant installées dans des lieux de consultations publiques, les partenaires institutionnels type unités d'hospitalisation mère-bébé peuvent adresser des dyades en thérapie.

Toutefois, il semble que des facteurs aggravant de « risques d'autismes » dans notre cohorte d'étude apparaissent :

- Difficultés du côté des partenaires (pondération : 1,63).
- Prématuration (pondération : 1,29).
- Frère, sœur ou enfant d'autiste (pondération : 1,24).
- Sexe masculin (pondération : 1,15).

Nous arrivons à la fin de notre second chapitre. Si le titre de ce chapitre fait référence à la cohorte de bébés de laquelle nous extrairons le cas pilote en vue de tester le codage par l'intermédiaire de la micro-analyse, deux éléments nous sont apparus indispensables à introduire avant cela.

Tout d'abord, nous avons présenté les spécificités que l'on peut observer chez des bébés considérés en retrait relationnel, nous conduisant en premier lieu à revenir sur la distinction que nous faisons entre retrait relationnel et « risques d'autismes ». Nous avons poursuivi en présentant successivement le potentiel d'être acteur de la relation à l'autre, avec notamment l'accès au troisième temps du circuit pulsionnel qui semble ne pas pouvoir advenir chez ces bébés, puis nous avons évoqué deux autres facteurs relatifs aux champs de la motricité et à l'hypersensibilité. Enfin, nous avons rendu compte de l'étude d'Ozonoff et al. (2011) fournissant des statistiques relatives aux fratries d'enfants autistes, nous permettant ainsi de mieux expliciter la distinction possible entre retrait relationnel et « risques d'autismes ».

Dans un second temps, nous avons introduit le dispositif thérapeutique d'orientation psychanalytique que nous proposons pour accueillir un bébé accompagné de ses partenaires dans le contexte particulier de retrait relationnel. Nous nous sommes d'abord intéressés à ce que peuvent proposer des psychanalystes ou des chercheurs issus d'autres courants théoriques que le nôtre auprès de ceux qu'ils nomment à « risques d'autismes ». Nous avons fait le constat que certains de ces dispositifs suggèrent de recevoir les bébés à un âge plus tardif que ce que nous proposons. Nous avons ensuite essayé de rendre compte avec précision du *setting* que nous offrons dans le contexte des thérapies bébé-parents, ainsi que de la méthode, et enfin des outils cliniques et thérapeutiques auxquels nous avons recours, auprès du bébé comme auprès de ses partenaires – certains pouvant être utilisés à l'égard des deux.

Ces éléments introduits, nous avons ensuite proposé une présentation et une analyse de la cohorte de bébés (N=99) reçus en thérapie bébé-parents par M-C. Laznik. En lien avec différents critères, nous avons retenu 37 bébés. Il a été mis en évidence que près de 90% d'entre eux sont arrivés en thérapie avant l'âge de 10 mois. Nous avons ensuite catégorisé les bébés à l'aide de la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017), nous amenant ainsi à identifier 25 bébés dits « à risques d'autismes » vs 12 bébés dits « sans risques d'autismes » (dont 10 avec potentiellement d'autres troubles). Nous avons également attribué à chacun des 37 bébés des facteurs relatifs aux éventuelles pathologies, aux conditions de la naissance et à l'environnement familial du bébé, ce qui nous a permis de mettre en évidence quelques facteurs aggravant de « risques d'autismes », comme des difficultés du côté des partenaires par exemple, tout en gardant à l'esprit que nos constatations sont hautement critiquables en vu notamment du petit échantillon (N=37) et de biais de recrutements.

Tous ces éléments nous ont permis de mieux connaître le contexte dans lequel se situe le cas clinique que nous allons à présenter étudier, du point de vue des caractéristiques qu'elle présente éventuellement, du fait d'être un bébé en retrait relationnel et sœur d'autiste, ainsi que du point de vue de la thérapie d'orientation analytique qu'elle a suivi accompagnée de ses parents. Passons donc au dernier chapitre de ce travail de thèse consacré à la micro-analyse de ce cas pilote auquel nous avons appliqué le codage introduit au premier chapitre.

CHAPITRE III
ÉTUDE D'UN CAS CLINIQUE
ET APPLICATION DU CODAGE : LE CAS MATHILDE

Le bébé que nous appellerons ici « Mathilde »⁹⁹ est extrait de la cohorte présentée dans le chapitre précédent. Elle a été suivie dans le contexte de thérapie bébé-parents que nous avons décrit. Le codage que nous avons créé et qui est présenté dans le premier chapitre va être appliqué aux séances de thérapie filmées de Mathilde accompagnée de ses parents. Puisque c'est la première fois que ce codage est testé, Mathilde a ainsi été désignée « cas pilote ».

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons donc dans un premier temps l'histoire de ce bébé et expliquerons pourquoi avoir choisi d'étudier ce cas.

Dans un second temps, nous présenterons plus spécifiquement l'outillage d'analyse et introduirons le logiciel *ELAN* utilisé pour appliquer le codage aux séances filmées.

Aussi, nous introduirons les premiers résultats issus de deux types de micro-analyse : relativement aux séances codées dans leur intégralité, et relativement à des extraits ciblés que nous nommerons « cœurs de séance ».

Enfin, nous émettrons une critique générale du codage et une proposition d'amélioration de celui-ci.

⁹⁹ Pour des raisons évidentes d'anonymat, le prénom de l'enfant a été changé. Un cas clinique au sujet du même bébé est publié, sous le prénom de « Carole », dans la revue *Enfances & Psy* (Laznik, 2018). Le cas est aussi évoqué, vis-à-vis de l'analyse de la cohorte dont « Carole » est extraite, dans un autre article de la même revue (Parlato-Oliveira & Saint-Georges, 2018).

1. ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES DE « MATHILDE »

1.1. Motif de consultation : sœur d'autiste

L'arrivée de Mathilde au CMP s'est faite de manière indirecte. Mathilde est issue d'une fratrie de trois enfants. Le premier enfant est diagnostiqué autiste – c'est spécifiquement à ce titre qu'elle nous intéresse – mais le deuxième présente un développement sans particularités notables.

Reprenons les chiffres de l'étude d'Ozonoff et al. (2011) sur les fratries d'enfants autistes :

Lorsque le bébé est une fille : elle a environ 8% de risque de développer un TSA si un aîné de sa fratrie est autiste (*Female x Simplex*), et les risques augmentent à environ 21% si elle a plusieurs aînés autistes (*Female x Multiplex*) [valeur moyenne = 9,1%].

Lors de l'une des venues de l'aîné au CMP où pratique M-C. Laznik, cette dernière va à la rencontre du petit bébé dans la salle d'attente – Mathilde a alors un mois et une semaine. Dans l'échange, bien qu'elle soit réveillée avec des yeux grands ouverts, la thérapeute observe que le regard du bébé « plafonne », c'est-à-dire qu'elle fixe le plafond et ne regarde pas cette adulte qui est en train de s'adresser à elle, malgré la prosodie du mamanais qu'elle émet à son égard. En demandant à sa mère comment cela se passe à d'autres moments, Madame dit que depuis la naissance du bébé, il y a eu un sourire mais jamais de regards, y compris pendant les moments d'allaitement.

Mathilde présente par ailleurs un RGO. Il semble important de préciser qu'elle a reçu un traitement médicamenteux (Mopral) pour y remédier. Le fait que cette question somatique soit considérée et traitée rapidement a sans doute grandement aidé la thérapie. En effet, nous l'avons dit, il apparaît particulièrement important de se préoccuper des douleurs chez le bébé. Lorsqu'elles sont liées à un RGO, les bébés présentant un retrait relationnel pourraient d'autant plus s'agripper à leur douleur, le risque étant que les opportunités qu'ils acceptent le lien à l'autre diminuent drastiquement. Il est toutefois important de rappeler la singularité des bébés, et ainsi, il n'est pas impossible qu'un bébé, à l'inverse, sollicite davantage son entourage pour essayer de lutter contre cette douleur qui lui fait mal (réclamant d'être porté et ainsi accéder à la verticalité par exemple).

C'est à la suite de cette rencontre en salle d'attente et de ces premiers échanges entre la thérapeute et la mère du bébé qu'un travail de prise en charge bébé-parents a commencé pour Mathilde.

1.2. Un début de thérapie « bébé-parents » grandement anticipé

Mathilde est ainsi arrivée très jeune en thérapie, à 1 mois et 9 jours, avec des « risques d'autismes » identifiés et relatés dans la sous-partie précédente : elle est sœur d'autiste (facteur génétique) et présente un retrait relationnel (facteur observationnel).

Il convient aussi de mettre en évidence que la prise en charge de Mathilde a pu avoir lieu aussi tôt dans sa vie que l'un de ses aînés était autiste. Lorsque des suspicions du côté de « risques d'autismes » à l'égard de Mathilde ont été formulées aux parents, ils ont d'emblée accepté la prise en charge proposée par M-C. Laznik. Cela a permis de gagner un temps non négligeable. La plasticité neuronale et l'épigénétique que nous avons décrit précédemment (cf. II,2.4.1.1.) sont aussi importantes à relater dans ce contexte de thérapie mise en place dès que possible.

Le suivi en thérapie pour Mathilde a duré 11 mois, avec 9 séances, de ses 1 mois 9 jours à ses 12 mois 14 jours (cf. tableau récapitulatif des séances – III,1.3.). On observe une régularité d'une séance par semaine environ avec deux fois des interruptions liées aux vacances scolaires. Aussi, la séance 9 arrive six mois après la précédente.

Deux séances supplémentaires (séance 10 et séance 11) ont par la suite eu lieu, respectivement à 1 an 8 mois 12 jours et 2 ans 2 mois 14 jours. Ces séances ne sont pas considérées comme faisant partie intégrante du suivi thérapeutique (et ne seront donc pas considérées dans l'analyse du cas). En effet, ces séances arrivent après les 18 mois de l'enfant et nous nous intéressons particulièrement aux prises en charge avant cet âge.

Ces séances ont en fait eu lieu à la demande de la mère qui souhaitait avoir un avis de la thérapeute sur le développement de sa fille. Au cours d'elles d'ailleurs, l'enfant passe avec succès les items du M-CHAT : elle appelle sa mère qui est en train de parler à la thérapeute, puis va la solliciter pour que cette dernière l'aide à reboucher son feutre (cf. Initiatrice du lien à l'autre) ; elle l'appelle aussi spontanément pour lui montrer un mobile accroché au plafond

du bureau qu'elle désigne avec son doigt (cf. Initiatrice du lien à l'autre et pointage proto-déclaratif) ; elle fait un dessin qu'elle va lui offrir (cf. Offrir quelque chose à l'autre pour lui procurer du plaisir). Par ailleurs, Mathilde et la thérapeute s'admirent dans un miroir.

Nous pouvons supposer, à partir de ces quelques observations cliniques, que la thérapie de Mathilde lui a permis non seulement d'entrer en lien avec l'autre, mais en plus de le susciter.

Il reste cependant primordial d'indiquer qu'on ne saura jamais vers quel destin Mathilde se serait orientée si la thérapie n'avait pas eu lieu, ce que la mère formulera tel quel à la thérapeute lors d'une séance. S'il est vrai qu'un bébé frère ou sœur d'autiste est considéré à « haut risque » en raison des facteurs génétiques (Ozonoff et al., 2011), il convient comme nous l'avons déjà dit de distinguer ceux pour qui il existera un « risque réel » de ceux qui emprunteront un chemin plus « typique » (Laznik, 2018, p. 86). Un des moyens pour se prononcer objectivement est d'avoir recours à la passation de la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017), comme nous l'avons également relaté.

1.3. Choix du cas clinique et des séances à coder

Nous avons désigné ce cas comme « cas pilote » pour tester notre codage pour les raisons suivantes :

- Facteur génétique : Mathilde a environ 8% de risque de développer un TSA, du fait d'être une fille et d'avoir l'un de ses aînés autiste.
- Facteur observationnel : Mathilde présente un retrait relationnel décrit par les parents, ressenti par la thérapeute et confirmé par les premières séances de thérapie filmées.
- Séance(s) filmée(s) dans la fenêtre temporelle de PREAUT-OLLIAC : Nous disposons de deux séances filmées entre 4 mois et \pm 29 jours pour Mathilde – nous allons y revenir juste après.
- Nombre de séances filmées $>$ 3 : L'ensemble de la prise en charge correspond à 9 séances, ce qui nous semble être un bon compromis, avec suffisamment de séances pour que la thérapie puisse se dérouler et que des outils soient observables (nous avons fixé le critère de films minimum à 3 séances). Il est aussi important de préciser que l'intégralité des séances ont été filmées dans le cas de Mathilde, ce qui constitue une

véritable opportunité d'étudier les processus à l'œuvre dans la thérapie bébé-parents dans son ensemble.

- Régularité des séances : Les séances ont lieu de manière régulière, comme nous l'avons décrit précédemment.
- Considération de la thérapie par les partenaires du bébé : Les deux parents de Mathilde étaient partie prenante du travail thérapeutique auprès d'elle, ce qui est un élément clé pour que la thérapie puisse se dérouler.

Voici le détail des séances de thérapie bébé-parents de Mathilde :

Tableau 14. Informations sur les séances filmées du cas Mathilde

<i>Séance</i>	<i>Âge du bébé à la séance</i>	<i>Durée du film</i>
1	01 mois & 09 jours	00:51:54
2	01 mois & 16 jours	00:38:43
3	02 mois & 20 jours	00:54:43
4	02 mois & 27 jours	00:47:35
5	03 mois & 12 jours	00:50:04
6	03 mois & 19 jours	00:56:21
7	05 mois & 07 jours	00:54:00
8	05 mois & 28 jours	00:24:38
9	12 mois & 14 jours	01:21:09
10	01 an, 08 mois & 12 jours	00:54:03
11	02 ans, 02 mois & 14 jours	00:47:16

Les séances considérées dans la micro-analyse avec le logiciel *ELAN* sont donc les séances 1 à 9 ; les séances 10 et 11 ne sont pas considérées car l'enfant y a plus de 18 mois.

Revenons-en à l'application de la grille PREAUT-OLLIAC pour Mathilde. Si dans la cohorte précédemment introduite (cf. II, 3.), nous ne retenons qu'une seule séance par enfant pour chaque fenêtre temporelle validée par l'étude d'Olliac et al. (2017), il nous est apparu particulièrement intéressant de l'administrer chaque fois que cela était possible pour Mathilde. En réalité, il aurait même été possible de la passer à chacune des séances filmées, puisque comme nous l'avons dit, si la grille a été validée à 4 et à 9 mois \pm 29 jours vis-à-vis du contexte de passation en structure type PMI, elle n'en demeure pas moins intéressante pour tous les bébés quel que soit leur âge.

Si l'on s'en tient à la validation de l'outil PREAUT-OLLIAC, nous pouvons administrer la grille PREAUT-4 à Mathilde aux séances 5 et 6. Voici les scores qu'elle obtient :

Tableau 15. Passation de PREAUT-4 à Mathilde

<i>Item PREAUT</i>	<i>Séance 5 (3m 12j)</i>	<i>Séance 6 (3m 19j)</i>
1a	4	0
1b	1	1
2a	0	0
2b	0	0
3a	-	0
3b	-	0
3c	-	0
4a	-	1
4b	-	2
4c	-	0
NB POINTS TOTAL	5 points	4 points
CATÉGORIE	« Sans risques d'autismes » (score intermédiaire)	« Risques d'autismes »

Le score à la passation PREAUT-OLLIAC de Mathilde obtenu à la séance 6 est inférieur à celui obtenu à la séance 5.

Ainsi, à la séance 5, Mathilde obtenant 5 points, elle est considérée « sans risques d'autismes », mais présentant un score intermédiaire, des investigations supplémentaires seraient intéressantes. À la séance 6 en revanche, obtenant 4 points, elle bascule dans la catégorie « à risques d'autismes ». Cela nous prouve que l'outil PREAUT-OLLIAC permet bien le repérage de « risques ».

Si l'on en revient aux considérations psychanalytiques, il conviendrait de rappeler qu'il doit y avoir un certain nombre d'expériences liées au plaisir (au plaisir que l'on suscite chez l'autre) qui se répète pour que le circuit complet de la pulsion puisse véritablement s'inscrire (Laznik & Saint-Georges, 2018).

1.4. Mathilde aujourd'hui...

Mathilde est une petite fille qui aujourd'hui va bien d'un point de vue relationnel. Sur le plan corporel, elle semble avoir gardé des difficultés à s'organiser. À l'époque, nous n'étions pas aussi au fait sur la nécessité de mettre en place autant que possible une double prise en

charge thérapie d'orientation analytique et psychomotricité d'orientation sensori-motrice. Mathilde n'a donc pas bénéficié de ce deuxième type de prise en charge.

Ces constatations sont établies à partir d'observations cliniques de différents professionnels et d'échanges avec les parents de Mathilde. Pour se positionner de manière plus objective, il conviendrait de lui administrer une ou plusieurs échelles d'évaluation relatives aux TSA ou plus largement au développement de l'enfant.

Par ailleurs, à l'époque où Mathilde a consulté, il y avait un autiste dans sa famille, l'un de ses aînés. Nous savons aujourd'hui que plusieurs des cousins de Mathilde nés après elle ont été suivis en thérapie bébé-parents et ont présenté à leur tour, à des degrés divers, du retrait relationnel. Cela nous amène à penser que la question génétique était probablement effectivement en jeu pour cette petite fille.

2. DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL D'ANALYSE

L'objectif de notre étude a aussi été de définir de façon itérative un outil permettant les analyses statistiques relatives à la micro-analyse de séances de thérapie.

Dans cette partie, nous allons présenter les différentes étapes de la constitution de l'outil, à savoir la définition d'un processus d'analyse, la définition d'une architecture outil et la définition d'un modèle de données¹⁰⁰. Nous introduirons également le logiciel *ELAN* auquel nous avons eu recours pour procéder au codage des séances.

2.1. Processus d'analyse

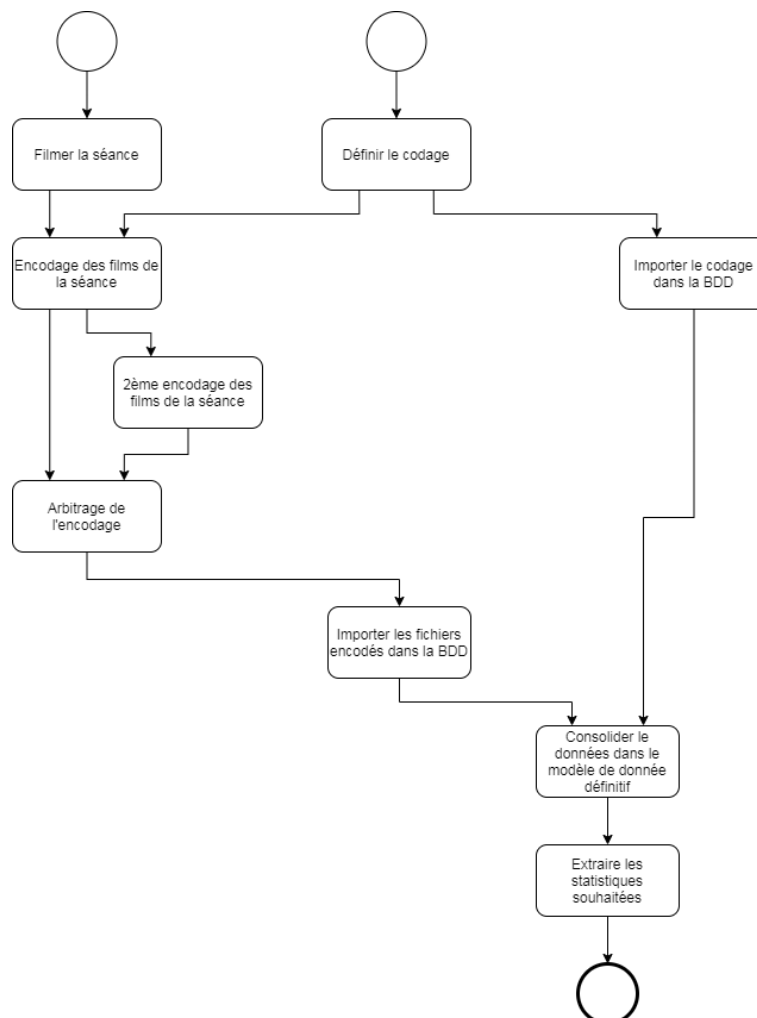


Figure 14. Processus d'analyse utilisé dans le cas Mathilde (format BPMN)

¹⁰⁰ Il convient de remercier ici tout particulièrement Mickaël Raszdowsky, ingénieur en informatique, pour sa précieuse contribution à ce travail de recherche.

Il s'agit du modèle d'analyse dans son ensemble. Nous identifions deux points de départ : filmer la séance et définir le codage¹⁰¹.

Une fois la séance filmée et le codage défini, nous pouvons définir un premier encodage de la séance. Deux fichiers sont extraits de cet encodage : le premier est segmenté et codé par le codeur 1, le second ne contient que la segmentation du codeur 1. À partir de ce second fichier, le codeur 2 va effectuer son codage.

Les deux fichiers encodés sont ensuite fournis à un « juge » qui se charge d'arbitrer le codage et d'en produire une version définitive. Ce fichier définitif sera ingéré dans la Base De Données (BDD) spécialement conçue pour l'analyse.

Parallèlement, un fichier contenant l'intégralité du codage (référentiel contenant les différents acteurs et les items associés à chacun d'eux) est ingéré dans la même BDD.

Toutes ces informations sont consolidées dans un modèle de données définitif (transformées + nettoyées). C'est à partir de cela que sont extraites les statistiques souhaitées.

¹⁰¹ Afin de ne pas confondre le codage « liste d'items » avec le codage « action de coder », nous essayerons de distinguer les termes en évoquant dans cette sous-partie le « codage » pour la liste d'items vs l'« encodage » pour l'action de coder.

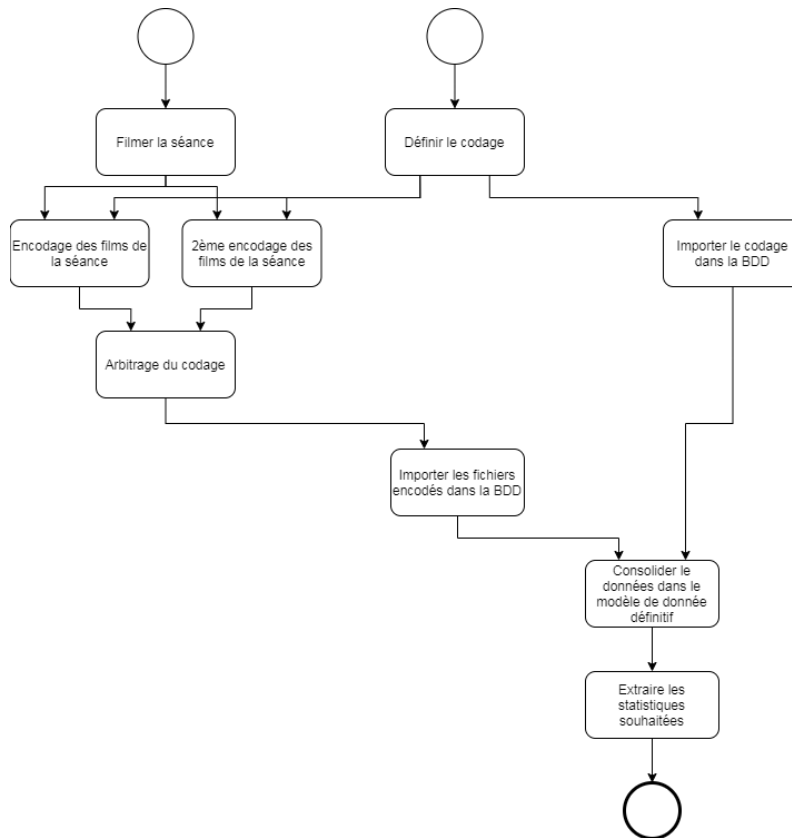


Figure 15. Processus d'analyse idéal

La différence dans ce modèle est que chacun des codeurs effectue de manière totalement indépendante à la fois sa segmentation et son encodage. Cela permet d'éviter toute influence dans le second encodage.

Comme dans le modèle utilisé, une comparaison des deux fichiers est effectuée par un « juge » qui produit une version définitive. La suite du processus est identique à celui déjà relaté.

2.2. Architecture mise en place

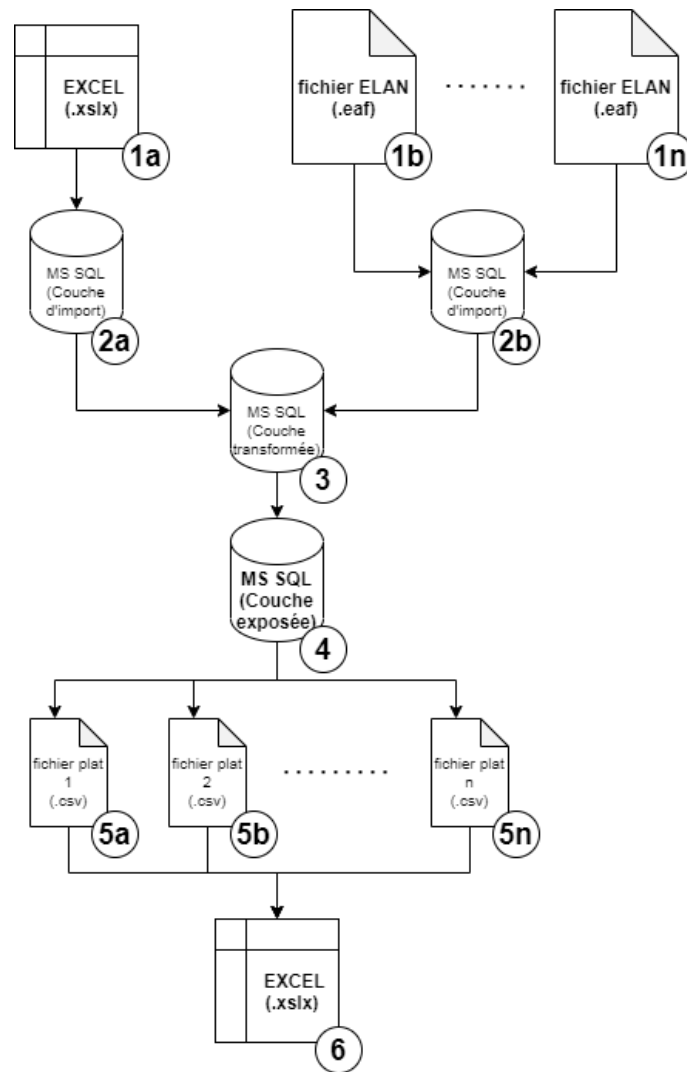


Figure 16. Architecture de l'outil d'analyse

Pour supporter le processus d'analyse, voici l'architecture outil mise en place :

- 1a : le premier fichier EXCEL contient l'ensemble des données « référentielles » du codage (acteurs x items).
- 1b-1n : ces fichiers contiennent les informations extraites de l'encodage réalisé sur le logiciel ELAN. Le format utilisé (.eaf) est un format dérivé du XML.
- 2a-2b : ce sont des tables temporaires dédiées à l'import des données (.xlsx et .eaf) dans une base MS SQL sans transformation de données. MS SQL est l'outil utilisé pour le traitement des données.
- 3 : ces tables temporaires sont dédiées à la transformation des données uniquement, sans nettoyage.

- 4 : ces tables sont les tables de données définitives à partir desquelles seront extraites les données permettant l'analyse. Elles sont construites à partir de la couche transformée, nettoyée d'éventuelles incohérences liées à l'encodage (par exemple, faute de frappe, etc.).
- 5a-5n : ce sont des fichiers plats (.csv) obtenus à partir de requêtes exécutées sur le modèle de données définitif contenant les données nécessaires à l'analyse.
- 6 : il s'agit du dernier outil utilisé pour l'analyse de données. Les fichiers plats (.csv) sont importés dans EXCEL pour une utilisation simplifiée (tableaux croisés dynamiques, graphiques, etc.).

2.3. Utilisation du logiciel *ELAN*

Au sein du *Baby-Lab* de la *Faculdade de Medicina* de l'*Universidade Federal de Minas Gerais*, au Brésil, co-dirigé par les Professeures Erika Parlato-Oliveira et Sirley Alves da Silva Carvalho, les étudiants et chercheurs brésiliens ont l'habitude de ce travail de micro-analyse sur des extraits de films présentant des échanges entre le bébé et ses partenaires et utilisent le logiciel *ELAN*.

Leur connaissance du logiciel nous a conduit à ce choix pour plusieurs raisons :

- Le logiciel répondait parfaitement à nos besoins en termes d'étiquetage et de facilité d'encodage.
- Le logiciel était un logiciel libre de droits.
- Une formation accélérée a pu être mise en place¹⁰² et nos collègues brésiliens pouvaient en assurer un support fonctionnel.
- Le format de sortie du logiciel (.eaf) étant un dérivé du XML, cela facilite l'exploitation des données (le langage XML est un format standard très utilisé dans les développements d'interface logiciel).

¹⁰² Mon doctorat s'effectuant en co-tutelle entre l'École Doctorale 450 - Recherches en psychanalyse et psychopathologie de l'Université de Paris et la *Faculdade de Medicina* à l'*Universidade Federal de Minas Gerais* du Brésil, j'ai été formée en novembre 2016 lors d'un voyage au Brésil à l'utilisation spécifique du logiciel *ELAN* par des étudiants et chercheurs du *Baby-Lab* que je souhaite vivement remercier ici : Isabella Marques Pereira, Taís Campos Carvalho, Gabriela Alves de Souza et Priscila Cristine Santos, ainsi que les deux directrices du *Baby-Lab* ayant accepté que cette opportunité me soit offerte. Par la suite, j'ai eu pour mission d'enseigner l'utilisation du logiciel *ELAN* à travers la création d'un guide et l'encadrement de séances de formation auprès des membres de mon équipe de recherche en France.

ELAN (EUDICO Linguistic ANnotator), The Language Archive, est ainsi un instrument d'annotations complexes qui a été développé au *Max Planck Institute for Psycholinguistics*, situé à Nijmegen, en Hollande. Il permet de créer, éditer, visualiser et rechercher des annotations sur les données vidéo et audio (Brugman & Russel, 2004 ; Wittenburg et al., 2006 ; Sloetjes & Wittenburg, 2008 ; Crasborn & Sloetjes, 2008 ; Lausberg & Sloetjes, 2009).

Nous avons utilisé le logiciel *ELAN* dans sa dernière version software (5.0 - 5.5). Cependant, le format de sortie n'a pas changé dans les versions utilisées.

Le logiciel *ELAN* permet une étude très fine des films, c'est pourquoi nous pouvons parler de « micro-analyse ». En effet, la précision de mesure du logiciel se situe au millième de secondes, mais nous avons choisi de ne l'utiliser qu'au dixième de secondes.

Présentons rapidement comment le logiciel *ELAN* s'organise : il permet de prendre en considération de façon indépendante ou groupée le support vidéo et le support audio (avec sa visualisation rendue possible par un spectrogramme).

Le logiciel offre ensuite la possibilité de créer une ligne pour chaque acteur identifié dans la séquence analysée. Nous concernant, les acteurs considérés sont donc le bébé, la mère, le père (ou d'autres partenaires du bébé), le thérapeute et le filmeur.

Il a été envisagé pour chaque acteur une ligne « bis », voire une ligne « ter », afin de pouvoir prendre en considération les moments où les acteurs présentent plusieurs « comportements » de manière simultanée (par exemple, le bébé regarde le thérapeute puis, dans ce même temps, ou en superposition, fait un mouvement spontané et produit une vocalisation).

Aussi, une ligne « contexte » a été créée. En effet, bien que toutes les séances filmées aient lieu au sein du dispositif thérapeutique bébé-parents, il nous est apparu que le contexte puisse expliquer un certain nombre de choses. Par exemple, il est logique qu'un bébé qui dort pendant un temps donné ne s'exprime pas par des vocalisations ou des actions, et cela est très différent d'un bébé qui, éveillé, ne se manifeste pas.

Une fois le *setting* du logiciel créé, avec une ligne prévue pour chaque acteur, le logiciel *ELAN* permet d'effectuer une micro-analyse en deux étapes :

- La *segmentation* : elle consiste comme son nom l'indique à segmenter, c'est-à-dire à découper avec un marqueur visuel le début et la fin du « comportement » considéré, pour un acteur considéré et sur lequel on souhaite renseigner une information.
- L'*annotation* : elle permet de renseigner une information sur le segment créé. Nous utilisons des abréviations que nous avons créées pour renvoyer à des comportements prédéfinis par acteur (cf. I,3.4. ; I,3.5. ; I,3.6.).

À titre d'exemple, sur l'extrait considéré ci-dessous, l'annotation sur la ligne acteur « bébé » renseigne l'abréviation « regDM », ce qui signifie que le bébé regarde en direction de sa mère.

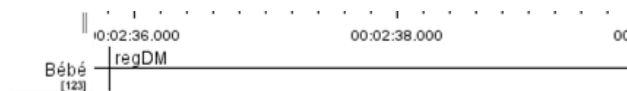


Figure 17. Visualisation du logiciel *ELAN*
(item pour le bébé qui regarde en direction de sa mère : « regDM »)

2.4. Modèle de données final

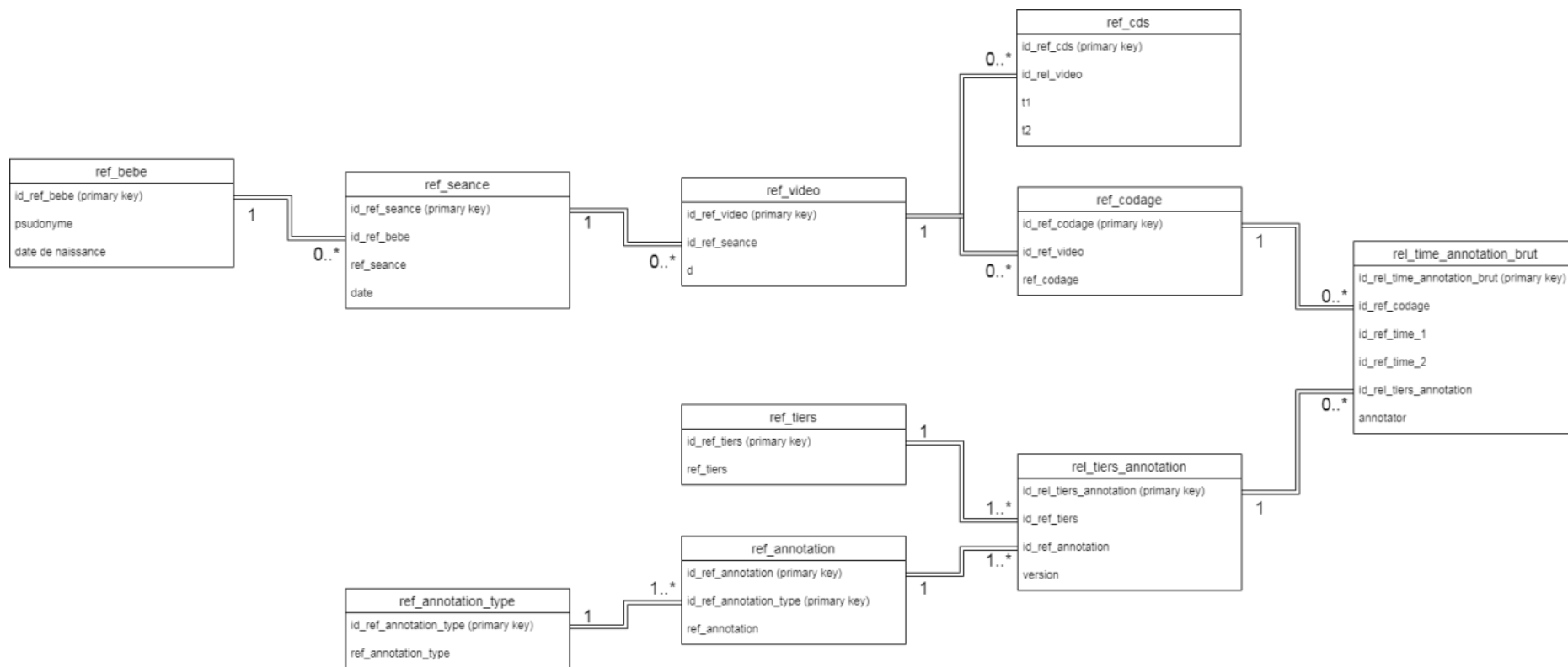


Figure 18. Modèle de données définitif (diagramme de classe UML)

Il s'agit du modèle de données définitif utilisé pour le stockage de toutes les données du codage.

- *ref_bebe* : cette table contient toutes les informations relatives au bébé (pseudonyme associé à chaque bébé, date de naissance).
- *ref_seance* : cette table contient toutes les informations relatives aux séances filmées (numéro de la séance, date de la séance, commentaires éventuels).
- *ref_video* : cette table contient toutes les informations relatives aux vidéos prises lors des séances – une séance peut donner lieu à plusieurs vidéos (référence, durée).
- *ref_cds* : cette table contient ce que nous avons appelé les « cœurs de séance » (référence vidéo, heure de départ, heure de fin).
- *ref_codage* : cette table contient les noms et les références de tous les fichiers de codage réalisés – une vidéo peut être codée plusieurs fois (référence vidéo, référence codage : codage 1, codage 2, codage juge).
- *ref_tiers* : cette table contient la liste complète de tous les acteurs d'une séance (bébé, thérapeute, mère, père, filmeur, contexte).
- *ref_annotation* : cette table contient la liste des annotations définies dans le fichier de codage référentiel.
- *ref_annotation_type* : cette table contient le typage des annotations (regard, vocal, etc.).
- *rel_tiers_annotation* : cette table référence tous les couples possibles tiers x annotations et la version du fichier de codage référentiel. Ce dernier paramètre est prévu pour pouvoir distinguer dans l'analyse plusieurs référentiels de codage différents (lorsque le codage évolue vers une nouvelle version).
- *rel_time_annotation_brut* : cette table référence l'ensemble de l'encodage réalisé par les codeurs (référence du fichier de codage, heure de départ, heure de fin, couple tiers x annotation utilisé, codeur).

À présent, nous allons pouvoir nous intéresser dans un premier temps à la micro-analyse des séances codées dans leur entièreté.

3. MICRO-ANALYSE DES SEANCES ENTIERES

La micro-analyse fut réalisée dans un premier temps à partir du codage des séances de manière intégrale.

Dans cette partie, nous relaterons les consignes formulées pour ce premier type de micro-analyse puis nous proposerons un contrôle qualité du codage. Nous introduirons ensuite des premiers résultats accompagnés de critiques, en vue d'améliorer la méthodologie. Ces résultats seront introduits selon deux niveaux d'analyse : un premier niveau relatif aux résultats quantitatifs et analyses statistiques, et un second niveau relatif aux résultats qualitatifs et hypothèses psychanalytiques.

3.1. Premières consignes de la micro-analyse

Il est possible d'estimer la précision de ce premier codage à la seconde près. En effet, nous avons utilisé le logiciel *ELAN* en ralentissant parfois la cadence mais n'avons jamais exploité son total potentiel (possibilité de faire du codage image par image).

Dans ce premier codage, il s'agit d'un codage « intégral », c'est-à-dire que les séances entières ont été examinées.

Aussi, si un problème technique intervient mais qu'il dure moins d'une seconde, il est possible de ne pas le considérer.

Enfin, les consignes ont évolué au cours du codage des 9 séances : de nouveaux items ont été ajoutés (tire la langue, jeu interactif, etc.), le codage du regard des adultes a été abandonné, et il a été établi que les comportements de moins de 3 secondes n'avaient pas besoin d'être considérés. Il est déjà possible de poser cela comme un biais pour les analyses statistiques futures.

3.2. Contrôle qualité du codage

3.2.1. Utilisation des items de codage

Tableau 16. Nombre de codages utilisés / nb de séance (codages juges)

		NOMBRE DE SÉANCE DE PRÉSENCE										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
ACTEUR	Bébé	7	24	6	3	2	5	2	1	3	7	60
	Contexte	5	3	2				1	2	1	3	17
	Mère	22	7	4	2	3	3			1	5	47
	Père	24	22									46
	Filmeur	34	4	2	3	1						44
	Thérapeute	15	15	4		1	2	1	1	1	7	47
	TOTAL	107	75	18	8	7	10	4	4	6	22	261

Sur 261 couples de codage (tiers x annotation) existants, seuls 22 ont été utilisés dans l'ensemble des 9 séances. A l'inverse, 107 n'ont jamais été utilisés.

À titre d'exemple, sur les 60 couples de codage existant pour le bébé, seuls 7 couples ont été codés dans les 9 séances.

Nous nous sommes intéressés aux couples de codage qui étaient présents dans plus de 7 séances. Ils sont au nombre de 32 et sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 17. Items du codage à fortes occurrences (présents dans plus de 7 séances)

ref_tiers	ref_annotation	nombre de séance d'apparition
Bebe	détreg	8
Bebe	gein	8
Bebe	pleu	8
Bebe	regail	9
Bebe	regDM	9
Bebe	regDS	7
Bebe	regDT	9
Bebe	regM	9
Bebe	regT	9
Bebe	voc	9
Contexte	brasarrf	9
Contexte	brasavf	8
Contexte	change	7
Contexte	dos	9
Contexte	port	9
Mere	brasB	9
Mere	mmnB	9
Mere	parleB	9
Mere	parleT	9
Mere	rit	9
Mere	touB	8
Therapeute	ampB	9
Therapeute	mmnB	9
Therapeute	mmnM	9
Therapeute	parleB	9
Therapeute	parleM	9
Therapeute	placeB	8
Therapeute	placeBmmn	9
Therapeute	touB	9
Therapeute	touM	7
Bebe	PT	9
Contexte	PT	7

Nous pouvons ainsi constater que la grande majorité des items que nous considérerons comme exploitables car suffisants en quantité pour constater une évolution concernant le regard, les vocalisations du bébé, ainsi que les discours des adultes (mamanais, parlé ordinaire).

À l'inverse, le reste des items sont codés dans 6 séances ou moins. Au nombre de 229, nous les considérons comme non exploitables pour mesurer une évolution dans cette analyse de cas précis.

Cependant, en les étudiant individuellement, nous constatons également que nombre d'entre eux sont sujets à interprétation lors du codage. Par exemple, tous les items relatifs au « se faire » de Lacan. Cela met probablement en évidence une impossibilité de coder objectivement ce type d'item, et la nécessité de les définir via des combinaisons d'autres items (exemple : bébé « se fait » regarder = bébé regarde l'adulte + bébé vocalise + bébé fait un mouvement en direction de ce même adulte). Pour être analysé en tant que tel, il faudra

donc s'en remettre au second niveau d'analyse relatif aux analyses qualitatives et aux hypothèses psychanalytiques.

Également, certains de ces items n'ayant pas été codés pour Mathilde le sont peut-être du fait de son retrait relationnel, du fait de son stade de développement (en lien avec son âge), ou encore du fait de sa singularité. Il est donc important une fois encore d'étudier ces items individuellement pour ne pas exclure trop vite des items qui pourraient être utiles dans le cas d'un codage de séances de thérapie bébé-parents lorsque le bébé présente d'autres particularités, voire un développement « ordinaire ». Par exemple, l'item bébé « imite » ou l'item bébé « dit un mot » n'existent pas chez Mathilde mais pourraient demeurer intéressants pour d'autres cas cliniques.

Après avoir analysé les 229 items, il ressort que 165 items sont intéressants à conserver pour un codage optimum répliquable sur d'autres séances de thérapie bébé-parents et 58 items seront réutilisés au second niveau d'analyse. Ils sont référencés en annexe (cf. Annexe 4).

3.2.2. Concordance entre les différents codages

Tableau 18. % de concordance de codage

	SEANCE							
	3	4	5	6	7	8	9A	9B
Nb présent chez les deux et <>	99	156	264	394	277	107	961	189
Nb présent uniquement chez 1	50	112	55	50	8	34	5	52
Nb présent uniquement chez 2	317	404	19	66	12	146	5	211
Nb chez 1	383	694	1320	1193	797	795	2012	1158
Nb chez 2	650	986	1284	1209	798	907	2014	1297
Nb commun	234	426	1001	749	512	654	1046	917
% commun	45%	51%	77%	62%	64%	77%	52%	75%

Étant donné la méthode de codage (codage 2 basé sur segmentation du codage 1), la méthode de calcul appliquée ici est réalisée à partir d'une comparaison brute des annotations réalisées – une annotation comprenant le tiers, l'item, le temps de départ et le temps de fin. Ainsi, sur un même intervalle de temps, le codage peut être le même mais si le temps de départ et le temps de fin ne sont pas identiques, la comparaison relèvera une différence d'une annotation. Le taux de concordance ne s'exprime donc pas en termes de temps mais en termes de nombre d'annotations.

Il a été calculé pour chaque couple codeur 1/codeur 2, excepté pour les deux premières séances car les fichiers initiaux des codeurs 1 et 2 n'ont pas été conservés en l'état pour permettre les analyses considérées ici. À noter également que la séance 9 a été divisée en deux, impliquant deux couples de codeur 1/codeur 2.

Les premiers résultats indiquent un taux moyen de concordance de 62,9% (sur 8 films considérés), le minimum étant 43,3% à la séance 3 et le maximum 76,9% à la séance 8, avec un écart-type de 12,6%. Cela révèle une forte hétérogénéité dans les codages.

À titre de comparaison, la micro-analyse réalisée par Stern (1971/1983) indiquait des scores de concordance de codage de 96% et 95%. Même si cette comparaison était effectuée en termes de temps et non pas d'annotations, nos résultats demeurent bien en-deçà de ceux de l'étude de Stern.

Par la suite, nous nous sommes intéressés à cette concordance sur deux groupes d'items spécifiques : les regards du bébé et le discours des adultes (cf. Annexe 5).

Pour le regard des bébés, les résultats obtenus révèlent un taux moyen de concordance à 40,4%, un taux minimum de 2,6%, un taux maximum de 68,5% et un écart-type de 24,0%.

Pour le discours des adultes, le taux moyen de concordance est de 71,4%, le taux minimum de 59,4%, le taux maximum de 83,8% et l'écart-type de 8,4%.

Pour interpréter ces résultats, nous proposons deux postulats. Le premier suggère que le taux moyen de concordance soit attribué à la clarté des items. Ainsi, dans notre contexte, il apparaît évident que les items à coder (ici regards du bébé et discours des adultes) n'ont pas été suffisamment définis et donc sujets à interprétations par chacun des codeurs. Toutefois, la différence entre ces deux groupes d'items est notable et est importante à considérer dans l'évolution du codage à envisager.

Le second postulat sous-entend que l'écart-type est attribué à la formation des codeurs. Dans notre contexte, nous observons une différence entre les deux groupes d'items dans le même sens que mentionné juste avant, à savoir qu'il semble plus évident pour les codeurs de distinguer du mamans d'un discours ordinaire vs d'identifier différents regards adressés ou non du côté du bébé.

3.2.3. Superposition de codages du même registre

Au cours de l'analyse des données, nous nous sommes rendu compte d'une erreur importante à relever. En effet, il est arrivé à de nombreuses reprises que différents types de regards du bébé soient codés en même temps, ce qui n'est pas possible.

Tableau 19. Durée totale des codages de regards vs durée réelle des regards

	<i>Treel (ms)</i>	<i>Ttotal (ms)</i>	<i>Taux de superposition</i>
Séance 1	1147173	1429527	124,6%
Séance 2	1869832	1870409	100,0%
Séance 3	1369042	1369921	100,1%
Séance 4	1174472	1466570	124,9%
Séance 5	2118021	2125465	100,4%
Séance 6	2115492	2452252	115,9%
Séance 7	2172561	2428877	111,8%
Séance 8	895955	895955	100,0%
Séance 9	1289250	2335387	181,1%

Nous constatons ainsi que 5 séances sur les 9 ont un taux de superposition supérieur à 111%. Le taux étant calculé en sommant la durée de l'ensemble des regards et en la divisant par le temps effectif où un codage du regard est présent, le taux « idéal » est de 100%. L'ensemble des résultats concernant le regard sera donc fortement critiquable.

Les deux groupes d'items relatifs aux regards du bébé et aux discours des adultes sont ceux qui se dégagent le plus. La suite des analyses statistiques réalisées à partir de micro-analyses dont nous allons faire varier les modalités ne concerneront que ces deux éléments.

Commençons par les analyses statistiques en micro-analyses des séances entières.

3.3. Premiers résultats et critique

Il convient de rappeler qu'en analysant un seul bébé dit « à risques d'autismes » et en l'absence de groupe contrôle, il est impossible de tirer des conclusions quant à l'évolution attendue d'un bébé. Tout au long de ces analyses, seules des hypothèses pourront être formulées.

3.3.1. Premier niveau d'analyse : résultats quantitatifs et analyses statistiques

3.3.1.1. Le regard du bébé

Tableau 20. % de présence d'items relatifs au regard du bébé par séance

<i>ref_tiers</i>	<i>ref_annotation</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>	<i>S8</i>	<i>S9</i>
Bebe	détreg	2%	0%	0%	2%	0%	0%	0%		0%
Bebe	fermy	2%	7%		2%	1%	0%			0%
Bebe	regail	33%	28%	50%	68%	14%	19%	25%	15%	26%
Bebe	regC			0%		1%		4%	1%	0%
Bebe	regO					3%	16%	6%	36%	91%
Bebe	regDM	29%	20%	12%	12%	5%	5%	10%	5%	7%
Bebe	regDP									3%
Bebe	regDS	0%			2%	5%	1%	2%	1%	12%
Bebe	regDT	8%	6%	11%	23%	6%	7%	23%	8%	5%
Bebe	regM	12%	17%	3%	1%	47%	46%	20%	11%	6%
Bebe	regP									6%
Bebe	regS					0%	0%	4%	20%	15%
Bebe	regT	38%	22%	24%	15%	18%	23%	18%	3%	5%
Bebe	sfregM							0%		1%
Bebe	sfregP									0%
Bebe	sfregS									3%
Bebe	sfregT									1%

Nous constatons que les items relatifs au « “se faire” regarder » auprès d'un adulte ne sont codés que dans la dernière séance, à l'exception du « se fait » regarder par sa mère, codé aussi à la séance 7. Ces items ont rapidement été perçus comme ne devant pas figurer dans le codage, mais plutôt dans le second niveau d'analyse. Ainsi, il est possible que certains codeurs ne l'aient pas considéré.

Il en est de même pour les items relatifs aux regards adressés ou en direction du père. L'explication est cependant différente, puisque le père n'est présent qu'à la séance 9.

Tentons de dégager 4 types de regard et étudions la durée consacrée à chacun :

- Regarde l'adulte (regT, regM, regP, regS)
- Regarde en direction de l'adulte (regDT, regDM, regDP, regDS)
- Regarde « ailleurs » (regail, détreg, fermy)
- Regarde l'objet (regO, regC)

À noter, initialement l'item « ferme les yeux » était pensé pour rendre compte de l'hypersensibilité du bébé qui par exemple ferme les yeux à la suite d'un stimulus envahissant

pour lui. Le codage révèle qu'il a été codé pour la majorité des codeurs comme le comportement au sens premier.

3.3.1.1.1. Proportion de temps de regards du bébé

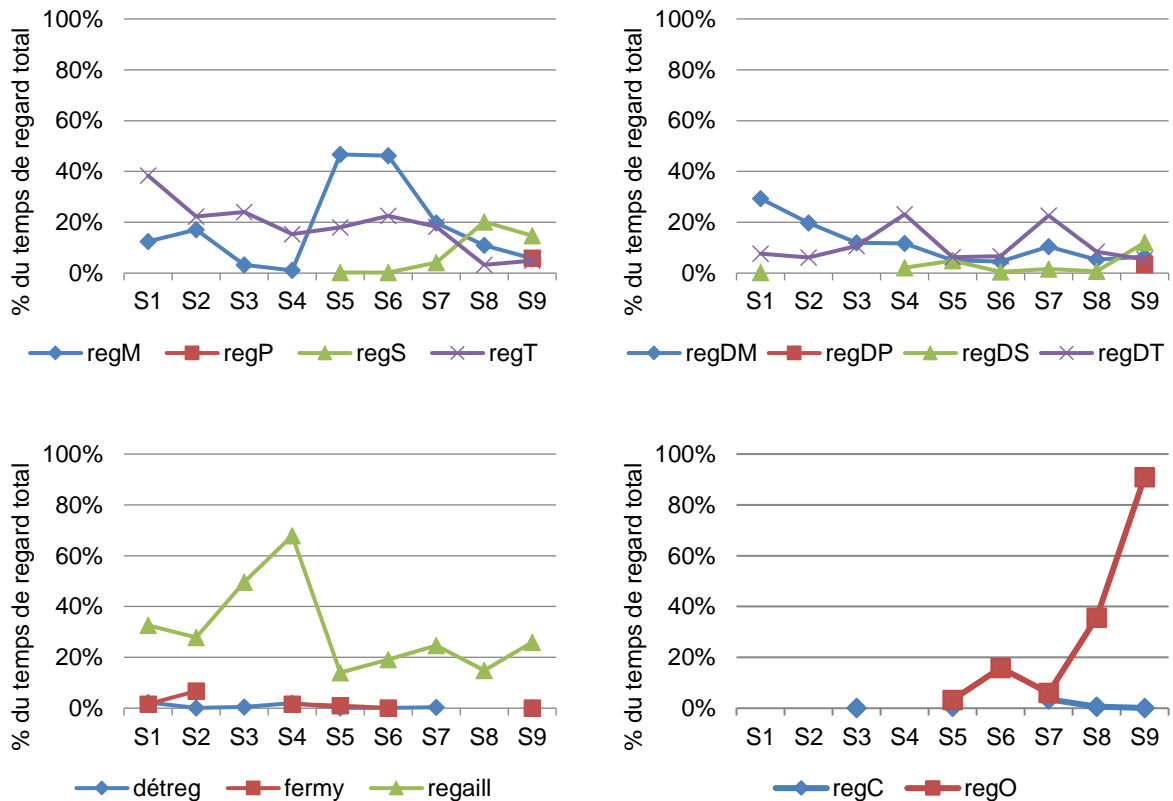


Figure 19. Regards du bébé considérés par type

Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S9 = séance 1 à séance 9

haut-gauche : regards adressés aux adultes (regX = regarde la personne X) ;

haut-droite : regards en direction des adultes (regDX = regarde en direction de la personne X) ;

bas-gauche : regards « ailleurs » (détreg = détourne le regard ; fermey = ferme les yeux ; regaill = regarde ailleurs) ;

bas-droite : regards envers un objet (regC = regarde la caméra ; regO = regarde un objet)

De manière générale, les regards sont exprimés en pourcentage et sont basés sur le temps total où un regard a été codé, non sur le temps total de la séance en raison d'éventuels problèmes techniques et de paramètres comme le bébé qui dort par exemple (temps corrigé).

Concernant les regards du bébé adressés aux différents adultes, il est difficile d'y voir une concordance. En effet, les courbes ne semblent pas évoluer de la même façon. En premier lieu, il convient de garder à l'esprit le manque de concordance entre les codages. Comme les séances ont toutes été codées par des personnes différentes, il est possible que les variations en soient affectées.

Cela dit, il est possible de découper le suivi thérapeutique en trois périodes, et ce pour le thérapeute comme pour la mère :

- Première période de S1 à S4 : le regard du bébé adressé à l'adulte connaît une phase descendante, ce qui signifie qu'il n'est pas inexistant à la première séance : 38% de regards adressés à la thérapeute en séance 1, puis des scores inférieurs, jusqu'à 15% à la séance 4 ; 12% de regards adressés à la mère en séance 1, une petite augmentation à 17% à la séance 2 puis une chute jusqu'à quasiment plus aucun regard pour la mère à la séance 4.
- Seconde période de S5 à S6 : le regard du bébé adressé à l'adulte connaît un pic : 47% et 46% pour la mère.
- Troisième période de S7 à S9 : le regard du bébé adressé à l'adulte diminue à nouveau : environ 20% à la séance 7 à 5% à la séance 9 pour la mère comme pour la thérapeute.

Concernant le père, nous n'étudierons pas le regard du bébé à son égard puisqu'il ne fut présent qu'à la dernière séance étudiée.

Enfin, concernant le filmeur (dénommé « stagiaire » dans les statistiques), le bébé le regarde à partir de la séance 5, de plus en plus jusqu'à la séance 8 (20%). À la séance 9, le regard pour le filmeur diminue également, mais il demeure plus important que pour les autres adultes (15% vs 6% pour les parents vs 5% pour la thérapeute).

Concernant les regards du bébé en direction des différents adultes (encore une fois, envers le thérapeute et la mère), des évolutions comparables émergent – mais différentes des regards adressés, voir complémentaires. En effet, nous observons deux pics de regards « en direction » en séances 4 et 7, deux fois plus importants envers le thérapeute qu'envers la mère (env. 20% vs env. 10%). Ces regards « en direction » sont complémentaires des regards adressés puisque là où nous constatons un pic des regards adressés en séances 5 et 6, nous constatons un creux des regards « en direction ». Cela nous conduit à interroger si la subtilité de ces items de codage a bien été perçue de la même manière par tous les codeurs.

Le regard en direction du filmeur se distingue à nouveau, avec un pic à la séance 9, inversement proportionnel aux autres adultes.

Concernant les regards du bébé non adressés, que nous avons intitulé « ailleurs », il est difficile d’interpréter les résultats concernant le détournement de regard ou la fermeture des yeux puisque ceux-ci sont très faibles et ont très peu d’évolution au cours des séances.

En revanche, l’item codé « regarde ailleurs » suit une courbe tout à fait remarquable puisqu’on constate, comme pour les regards en direction des adultes, deux pics en séances 4 et 7 (respectivement 68% et 25%). Il est à nouveau possible d’interroger une confusion dans le codage entre regarde ailleurs et regarde en direction de quelqu’un.

Concernant les regards du bébé envers les objets, le regard envers la caméra n’est pas exploitable car très faible, et il est possible d’interroger sa pertinence vis-à-vis de l’item du regard en direction du filmeur.

Concernant le regard du bébé envers les objets de manière générale, il ne semble pas exister aux premières séances et augmente drastiquement aux deux dernières (à 36% en séance 8 et jusqu’à 91% à la séance 9). Cela suit une tendance inverse du regard adressé aux adultes.

Compte tenu des variations nous ayant interpellés relativement aux regards du bébé adressés et en direction des adultes, variations que nous avons définies complémentaires, il convient de les regrouper en un seul graphique.

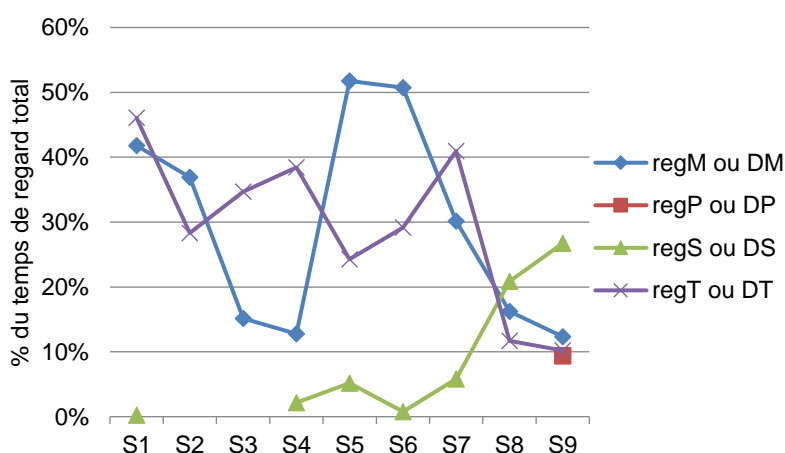


Figure 20. Regards du bébé pour les adultes (adressés et « en direction »)
 Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S9 = séance 1 à séance 9
 (regX ou DX= regarde la personne X ou en direction de la personne X)

À nouveau, nous excluons le regard à l'attention du père, et distinguons 3 profils : la thérapeute, la mère et le filmeur.

Concernant la thérapeute, les regards du bébé à son attention se situent dans une fourchette de 25% à 41% jusqu'à la séance 7. Ensuite, ils chutent drastiquement jusqu'à 10% (en faveur du regard objet et du regard filmeur, comme dit précédemment).

Concernant la mère, l'évolution est moins linéaire, avec un creux aux séances 3 et 4 (respectivement 15% et 13%), et un pic aux séances 5 et 6 (au-dessus de 50%). Comme pour la thérapeute, le regard du bébé envers la mère diminue ensuite drastiquement jusqu'à 12%.

Il est intéressant d'observer que lorsque le bébé regarde bien moins sa mère, il regarde la thérapeute (séances 3 et 4). À l'inverse, lorsqu'il se met à regarder sa mère, il regarde bien moins la thérapeute (séances 5 et 6).

Concernant le filmeur, les profils du regard adressé et « en direction » étant relativement semblables, le profil se maintient.

À présent, nous allons considérer le temps moyen des regards du bébé.

3.3.1.1.2. Temps moyen des regards du bébé

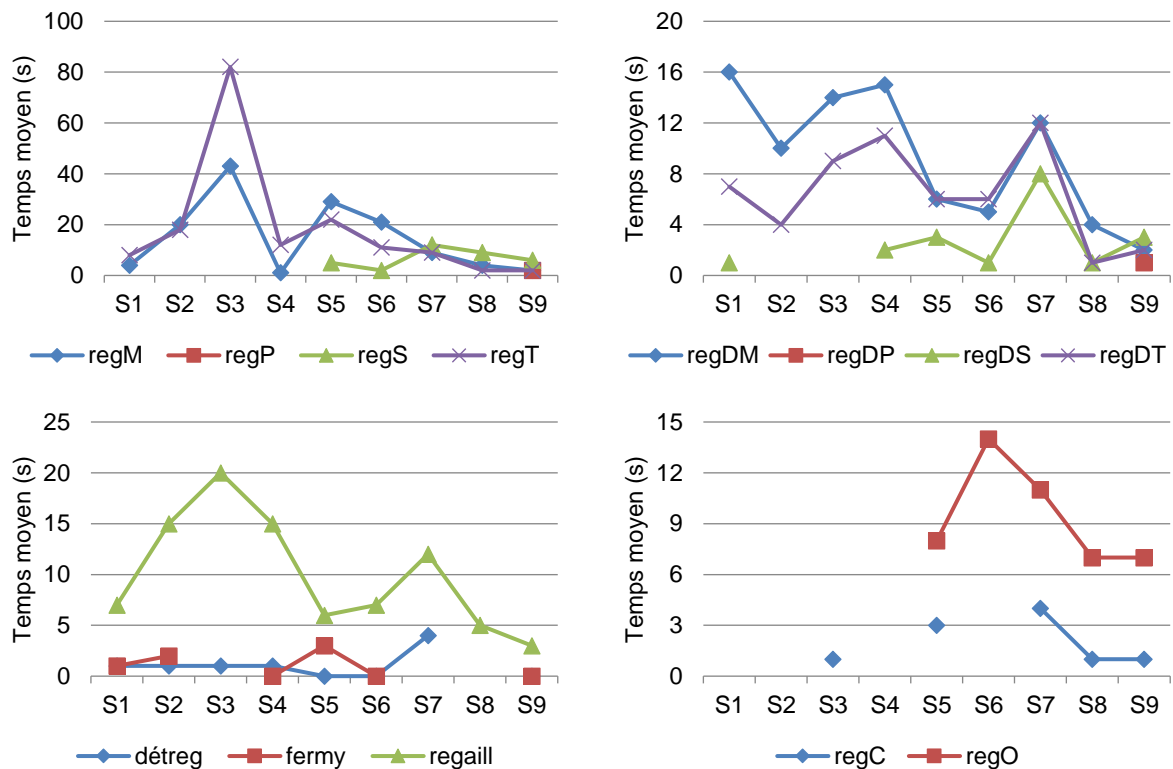


Figure 21. Temps moyens de regards du bébé considérés par type

Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S9 = séance 1 à séance 9
 haut-gauche : regards adressés aux adultes (regX = regarde la personne X) ;
 haut-droite : regards en direction des adultes (regDX = regarde en direction de la personne X) ;
 bas-gauche : regards « ailleurs » (détreg = détourne le regard ; fermé = ferme les yeux ; regaill = regarde ailleurs) ;
 bas-droite : regards envers un objet (regC = regarde la caméra ; regO = regarde un objet)

Contrairement aux proportions de regards étudiées précédemment, le temps moyen nous permet de distinguer des courbes cohérentes sur tous les types de regard sauf les regards « ailleurs ».

Le fait que les temps moyens des regards adressés et des regards « en direction » des adultes aient des courbes aux évolutions bien distinctes mais cohérentes à l'intérieur de chaque type considéré écarte la possibilité de variabilités dû à un mode d'interprétation différent entre les codeurs.

Concernant les regards adressés aux adultes, les différentes courbes montrent que le temps moyen des regards augmente jusqu'à la séance 3 (envers la thérapeute 82 sec ; envers sa mère 43 sec) puis diminue de manière constante jusqu'à arriver à 2 sec pour les regards adressés au thérapeute, à la mère et au père en séance 9.

À l'égard du filmeur, en revanche, le temps moyen de regards adressés débute en séance 5 puis augmente jusqu'à atteindre le même niveau qu'avec les autres participants en séance 7 (12 sec) puis suit la même évolution qu'auprès des autres adultes en redescendant jusqu'à 6 sec en séance 9 (mais demeure supérieur aux temps moyens de regard du bébé envers les autres adultes : de 2 sec pour les parents et la thérapeute). À noter que la courbe marque une rupture en séance 4 en descendant à un temps moyen de regard adressé d'1 sec envers la mère et 12 sec envers la thérapeute.

Concernant le regard « en direction » des adultes, le temps moyen du regard oscille lui aussi autour d'une évolution descendante, partant d'un temps moyen de 16 sec pour les regards en direction de la mère et descendant jusqu'à un temps moyen de 2 sec.

Concernant les regards « ailleurs » du bébé, l'évolution des temps moyens de la fermeture des yeux et des détournements de regard est difficilement interprétable. Celle des regards « ailleurs » est, elle, particulièrement intéressante puisqu'elle suit le même type de courbe que celle des regards « en direction de ». À nouveau, il est à interroger la manière dont cet item a été codé et a pu éventuellement être confondu avec des regards en direction d'adultes.

Enfin, concernant les regards envers les objets, l'évolution du temps moyen est encore difficilement exploitable, bien que le temps moyen de regard soit inclus dans une fourchette relativement petite (entre 7 sec et 14 sec).

3.3.1.2. Le mamananais chez les adultes

Tableau 21. % d'items relatifs au discours des adultes codés par minute

<i>ref_tiers</i>	<i>ref_annotation</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>	<i>S8</i>	<i>S9</i>
Mere	mmn	1%	5%	10%	1%	21%	12%	7%	5%	2%
Mere	parle	13%	19%	25%	27%	21%	27%	12%	25%	20%
Mere	rit	0%	1%	0%	1%	2%	0%	0%	1%	0%
Mere	chante							10%		
Pere	mmn									4%
Pere	parle									23%
Pere	rit									1%
Stagiaire	mmn			0%		0%			2%	2%
Stagiaire	parle					0%			1%	1%
Stagiaire	rit					0%			1%	0%
Therapeute	mmn	38%	36%	32%	29%	23%	21%	27%	19%	7%
Therapeute	parle	47%	37%	32%	42%	32%	39%	34%	45%	41%
Therapeute	rit		2%		0%	0%			0%	0%
Therapeute	chante							12%	0%	

Comme pour le regard, les items relatifs au père ne sont présents qu'à la séance 9. Nous pouvons également constater que le nombre d'items « chante au bébé » ou « chante au bébé avec des gestes » sont restreints uniquement aux séances 7 et 8, nous ne les étudierons donc pas.

Nous proposons de séparer les items du discours des adultes en 3 types :

- Discours parlé sans mamananais (parleB ; parleT ; parleM ; parleP ; parleS ; placeB) ;
- Mamananais (mmnB ; mmnT ; mmnM ; mmnP ; mmnS ; placeBmmn ; ampB ; rimmn) ;
- Rires (riner ; rit) (le rire accompagné de mamananais étant inclus dans le type précédent).

Nous éloignerons également l'analyse approfondie des rires de notre champ d'étude.

3.3.1.2.1. Proportion de temps de discours des adultes

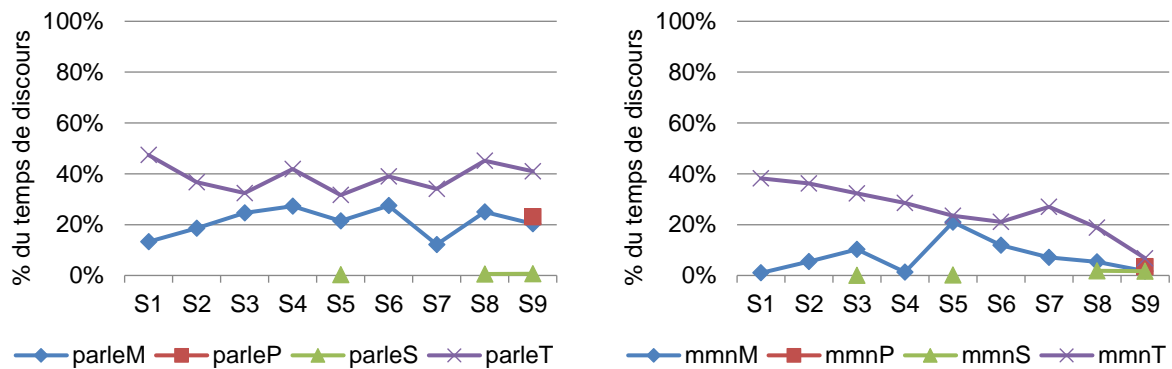


Figure 22. Discours des adultes considérés par type
 Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S9 = séance 1 à séance 9
 gauche : discours parlé (parleX = la personne X parle) ;
 droite : mamanaï (mmnX = la personne X parle en mamanaï)

De manière générale, les discours des adultes sont exprimés en pourcentage et sont basés sur le temps total où un discours a été codé, non sur le temps total de la séance. Ainsi, nous allons nous intéresser à la place que prend chaque item sur le temps total du discours.

Concernant le discours parlé sans mamanaï, nous constatons que les courbes de la mère et de la thérapeute suivent les mêmes évolutions, à la différence près que la thérapeute parle plus que la mère. Le discours de la mère oscille entre 12% et 27% alors que celui de la thérapeute oscille entre 32% et 47%. À noter également que sur les trois premières séances, l'évolution du discours de la mère se fait à l'inverse de l'évolution du discours de la thérapeute.

Le discours du filmeur est quasiment absent, et celui du père, lorsqu'il est présent, est similaire à celui de la mère, en termes de durée.

Concernant le discours en mamanaï, les résultats sont d'autant plus intéressants. Le mamanaï émis par la thérapeute est très important à la première séance (presque 40%) et dessine une course descendante quasi régulière jusqu'à 7%, à l'exception de la séance 7.

Le mamanaï émis par la mère, lui, connaît une évolution ascendante jusqu'à la séance 5, rejoignant quasiment la durée de mamanaï émise par la thérapeute (21% pour la mère et 23% pour la thérapeute). Après cela, le mamanaï émis par la mère suit également une

évolution descendante jusqu'à arriver à 2% à la séance 9. Nous constatons en revanche une irrégularité dans la courbe du mamanais de la mère à la séance 4 où celui-ci semble quasiment absent (1%).

Si l'on met en perspective les deux types de discours, la mère comme la thérapeute vont parler (sans mamanais) d'une manière sensiblement fidèle à elles-mêmes tout au long de la thérapie. En revanche, le constat est différent pour le mamanais. Ainsi, la thérapeute va en produire de moins en moins, tandis que la mère qui n'en produit pas en début de suivi va en produire beaucoup en milieu de thérapie, puis ne plus en produire à la fin.

Une critique peut être formulée puisque l'étude est faite à l'égard du discours parlé vs mamanais dans leur ensemble, c'est-à-dire que nous n'avons pas détaillé à qui sont adressés les discours. S'il est possible de supposer que le mamanais entre adultes reste faible, en revanche, le discours parlé (sans mamanais) et adressé au bébé est potentiellement important et nous ne disposons pas d'informations sur la proportion de discours sans mamanais adressé au bébé relativement à celui adressé à l'adulte. Cet élément mériterait d'être davantage investigué.

3.3.1.2.2. Temps moyen des discours des adultes

À présent, nous allons considérer le temps moyen des discours des adultes.

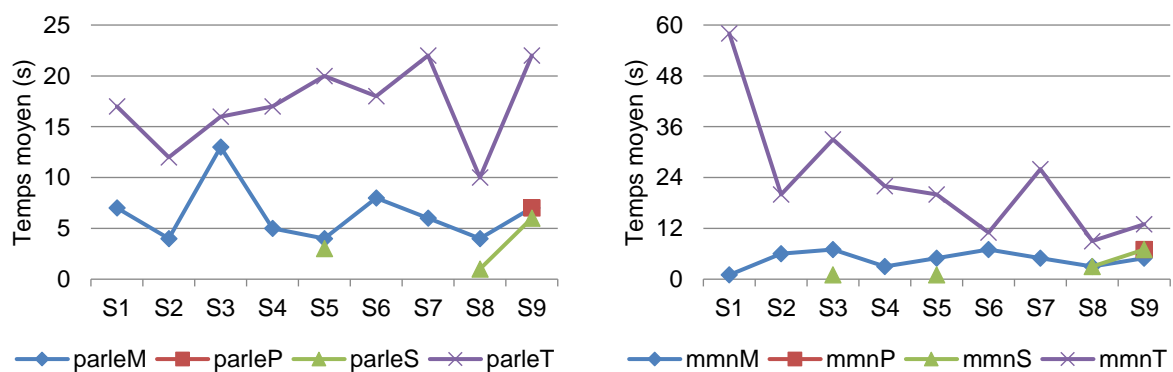


Figure 23. Temps moyens de discours des adultes considérés par type
 Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S9 = séance 1 à séance 9
 gauche : discours parlé (parleX = la personne X parle) ;
 droite : mamanais (mmnX = la personne X parle en mamanais)

Le temps moyen des discours parlé de la mère et de la thérapeute semble suivre la même évolution que la place qu'il prend dans la durée totale du discours. Ainsi, le temps

moyen du discours de la mère est relativement constant et oscille entre 4 sec et 8 sec pour 8 séances sur 9. De même pour celui de la thérapeute qui oscille entre 12 sec et 22 sec.

Le temps moyen des discours en mamanais nous en apprend davantage puisque le temps moyen en mamanais du thérapeute suit une courbe descendante (partant de 58 sec pour descendre à 13 sec) comme la place qu'il prend sur le temps total du discours.

En revanche, le temps moyen du discours en mamanais de la mère est lui relativement constant, oscillant entre 1 sec et 7 sec.

3.3.1.3. Étude d'une corrélation à 1 seconde

En référence aux travaux de Stern (1971/1983), nous allons nous intéresser à la corrélation entre le regard du bébé et le mamanais de l'adulte dans un délai d'une seconde. Bien que Stern évoque le fait que lorsque les partenaires se connaissent bien, il est possible d'anticiper le comportement de l'autre – Stern s'intéresse ainsi aux occurrences une seconde avant et une seconde après, notre intérêt portera sur la seconde suivante.

Dit autrement, lorsqu'un adulte parle en mamanais, l'intérêt est porté sur la seconde qui suit le début du mamanais, et nous analysons si un regard du bébé adressé à l'adulte qui le produit émerge.

Tableau 22. Taux de réponse du bébé par un regard adressé à la suite d'un mamanais formulé à son égard (délai 1 sec après début du mamanais)

	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>	<i>S8</i>	<i>S9</i>
Mere									
Nb de réponse	0	0	0	0	5	9	3	0	0
Nb de mamanais	12	37	48	10	187	171	42	32	64
% de réponse	0%	0%	0%	0%	3%	5%	7%	0%	0%
Pere									
Nb de réponse									3
Nb de mamanais									141
% de réponse									2%
Filmeur									
Nb de réponse			0		0			0	1
Nb de mamanais			2		3			17	44
% de réponse			0%		0%			0%	2%
Therapeute									
Nb de réponse	3	0	0	0	3	9	3	2	3
Nb de mamanais	58	108	70	90	95	183	81	103	142
% de réponse	5%	0%	0%	0%	3%	5%	4%	2%	2%

On constate un taux de réponse (réponses manifestées par un regard adressé) faible de la part du bébé, malgré d'importantes occurrences de mamanais. Ainsi, malgré un mamanais produit de manière accrue par la mère jusqu'à la séance 5, Mathilde n'y répond pas du tout, mais commence à le faire à partir de la séance 5. Cependant, compte tenu de la forte occurrence de mamanais émis par la mère (187), les 5 réponses de Mathilde apparaissent relativement faibles. Il en est de même pour les séances suivantes (171 occurrences de mamanais de la mère et 9 réponses par le regard de Mathilde à la séance 6 ; 3 réponses par le regard de Mathilde pour 42 occurrences de mamanais de la mère à la séance 7, et aux deux dernières séances, Mathilde ne regarde pas sa mère dans la seconde suivant le début d'un mamanais maternel).

Il est intéressant de comparer avec les réponses fournies au thérapeute, puisque, bien que la thérapeute sollicite davantage le bébé par l'intermédiaire du mamanais, Mathilde ne lui répond pas beaucoup plus (elle adresse 3 fois un regard au thérapeute dans la seconde suivant le début du mamanais du thérapeute aux séances 1, 5, 7 et 9 ; 2 à la séance 8 ; 9 à la séance 6, mais compte tenu ici encore de la forte occurrence de mamanais à hauteur de 183, le taux de réponse par le regard demeure bas).

Toutefois, il convient d'indiquer que le mamanais peut quasiment toujours être codé, puisque l'audio des films est toujours exploitable. En revanche, si le bébé n'est pas dans le champ de la caméra, il n'est pas possible d'indiquer s'il regarde ou non. Pour aller plus loin dans cette réflexion, il pourrait être intéressant de mesurer le taux de réponse de regards au mamanais non pas par rapport au nombre de mamanais total, mais par rapport au nombre de mamanais lorsque le regard aurait pu être constaté (hors problème technique, hors bébé qui dort).

Bien que nous nous soyons basés sur les travaux de Stern (1971/1983), il convient de rappeler la *pause to check* décrite par Aron (2010) impliquant que les personnes hautement sensibles peuvent avoir besoin d'un délai plus long du fait d'un traitement en profondeur. Rappelons aussi que Mathilde est un bébé de moins d'un an, ce qui suppose aussi d'avoir possiblement besoin de plus d'une seconde pour réagir. Il apparaît ainsi intéressant d'élargir ce délai de prise en compte à 3 secondes. Les résultats figurent dans le tableau suivant.

3.3.1.4. Étude d'une corrélation à 3 secondes

Tableau 23. Taux de réponse du bébé par un regard adressé à la suite d'un mamanais formulé à son égard (délai 3 sec après début du mamanais)

	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>	<i>S8</i>	<i>S9</i>
Mere									
Nb de réponse	0	0	0	0	14	17	4	0	4
Nb de mamanais	12	37	48	10	187	171	42	32	64
% de réponse	0%	0%	0%	0%	7%	10%	10%	0%	6%
Pere									
Nb de réponse									8
Nb de mamanais									141
% de réponse									6%
Filmeur									
Nb de réponse			0		0			0	4
Nb de mamanais			2		3			17	44
% de réponse			0%		0%			0%	9%
Therapeute									
Nb de réponse	11	5	0	4	5	16	4	2	12
Nb de mamanais	58	108	70	90	95	183	81	103	142
% de réponse	19%	5%	0%	4%	5%	9%	5%	2%	8%

Ce nouveau tableau nous permet de confirmer le statut sur les réponses du bébé au mamanais de la mère : le pourcentage augmente mais demeure faible et suit toujours la même évolution. Mathilde met aussi plus de temps dans la thérapie pour être en mesure de répondre au mamanais de sa mère en la regardant (à partir de la séance 5).

À l'égard du thérapeute en revanche, nous observons davantage de réponses par le regard de la part du bébé, notamment en séances 2 et 4 (respectivement 5% et 4% de réponses). Il est intéressant de constater également que le taux de réponse au thérapeute à la première séance passe de 5% (analyse à 1 sec) à 19% (analyse à 3 sec) – Mathilde réagit donc au mamanais de la thérapeute dès le début du suivi. Il convient d'indiquer toutefois que la thérapeute émet plus de mamanais que la mère (à l'exception de la séance 5 où les occurrences de mamanais sont à hauteur de 187 pour la mère et 95 pour la thérapeute).

3.3.2. Second niveau d'analyse : résultats qualitatifs et hypothèses psychanalytiques

3.3.2.1. Une première séance particulièrement enseignante

Les résultats indiquent un bébé qui regarde un peu à la première séance, puisqu'en termes de proportions, Mathilde présente une proportion de regards adressés au thérapeute plus importante que de regards « ailleurs » (38% *vs* 33%), loin devant la proportion de regards adressés à la mère (12%).

Deux remarques méritent d'être faites. Tout d'abord, si l'on s'intéresse aux temps moyens que le bébé passe à regarder, ils sont similaires pour le regard adressé au thérapeute et pour le regard « ailleurs » (respectivement 8 sec et 7 sec). Ensuite, si comme nous l'avons suggéré, les codages hétérogènes conduisent à considérer les regards adressés et les regards « en direction de » ensemble, les proportions de temps de regards envers la thérapeute comme envers la mère augmentent drastiquement et dépassent les regards « ailleurs » (pour la thérapeute : passage de 38% à 46% ; pour la mère : passage de 12% à 42%).

Si l'on ajoute à cela la variable du mamanais de l'adulte, nous nous rendons compte que la proportion de mamanais émise par la thérapeute est importante (38%) avec un temps moyen lui aussi élevé (58 sec), comparativement à la mère (proportion de mamanais d'1% et temps moyen d'1 sec). La forte proportion de regard de Mathilde pour la thérapeute pourrait s'expliquer ainsi : c'est parce que la thérapeute émet du mamanais à son égard que Mathilde la regarde davantage et, nous y reviendrons, pour être en mesure de produire du mamanais, il faut être exempt d'inquiétudes pour le bébé.

Quand nous avons croisé les données en nous intéressant à si le bébé regarde effectivement l'adulte qui manifeste du mamanais à son égard dans la première seconde qui suit le début du mamanais, les résultats n'étaient pas très probants, avec 3 réponses de regards adressés au thérapeute de la part de Mathilde pour 58 occurrences de mamanais lui étant destinées. En revanche, lorsque nous avons augmenté ce seuil à 3 secondes post-début du mamanais émis par la thérapeute, le taux de réponse par un regard adressé de la part de Mathilde est passé de 5% à 19%. Concernant la mère, il demeure important d'indiquer qu'elle s'adresse à son bébé en mamanais avec une occurrence de 12, mais le bébé n'y répond jamais par le regard. Sans doute est-ce insuffisant pour ces bébés auprès de qui il s'agit de faire une véritable « réanimation psychique ».

3.3.2.2. Quand Mathilde « découvre » sa mère

Concernant la proportion des regards de Mathilde adressés aux adultes de manière générale, il apparaît une phase descendante aux premières séances, ce qui peut apparaître surprenant, puisque dans l'anamnèse, nous avons expliqué que Mathilde était un bébé qui ne regardait pas l'entourage. Nous venons de démontrer que c'est surtout la thérapeute que Mathilde regarde, et le taux moyen de regards adressés à la mère de la part de Mathilde à hauteur de 4 secondes confirme ces ressentis. Les proportions de regards adressés du bébé à la séance 1 sont donc expliquées.

Par la suite, Mathilde semble regarder de moins en moins les adultes jusqu'à la séance 4 qui méritera que l'on s'y intéresse spécifiquement. Les différentes modalités que nous avons étudiées sont particulièrement intéressantes puisque, à la séance 3 par exemple, si la proportion de regards est plus importante pour les regards « ailleurs » avec un taux de 50% vs 35% pour la thérapeute (regards adressés + regards « en direction de » ; 24% si l'on ne retient que les regards adressés) vs 15% pour la mère (regards adressés + regards « en direction de » ; 3% si l'on ne retient que les regards adressés), en revanche, lorsque l'on considère les taux moyens, Mathilde regarde significativement plus longtemps la thérapeute puis sa mère, et loin derrière, l'« ailleurs » (taux moyens respectifs de 82 sec vs 43 sec vs 20 sec). Cela nous montre bien comme il est indispensable de considérer différents indicateurs en même temps. Ainsi, il est possible de dire que Mathilde présente un pic de regards adressés à cette séance 3, qui n'est cette fois nullement aidé par le mamanais, auprès du thérapeute comme auprès de la mère, puisque malgré des occurrences importantes (70 pour la thérapeute, 48 pour la mère), les corrélations sont à 0, que l'on se positionne au seuil d'1 ou 3 secondes post-début du mamanais.

Aux séances 5 et 6, il est particulièrement intéressant de constater que, non seulement les proportions de regards les plus fortes renvoient aux regards adressés à la mère, mais en plus, les taux moyens de regards les plus élevés sont aussi relatifs aux regards adressés à la mère. Ces éléments sont un peu soutenus par le mamanais émis par la mère, mais de manière très relative (séance 5 : Mathilde répond 14 fois par le regard face à 187 occurrences de mamanais maternel ; séance 6 : 17 réponses pour 171 occurrences, au seuil de 3 sec).

Ainsi, à la séance 5, Mathilde émet une proportion de 47% de regards à destination de sa mère (52% si l'on inclue les regards « en direction de »), avec un temps moyen de regard de 29 sec (vs 18% et 22 sec pour la thérapeute et 14% et 6 sec pour les regards « ailleurs »).

À la séance 6, nous sommes dans une configuration similaire, avec une proportion de 46% de regards adressés à la mère (51% si l'on inclue les regards « en direction de »), pour un temps moyen de regard de 21 sec (vs 23% et 11 sec pour la thérapeute et 19% et 7 sec pour les regards « ailleurs »).

Malgré ces nouvelles réjouissantes, nous avons vu précédemment qu'à ces deux séances a été administré la grille PREAUT-OLLIAC puisque Mathilde se situe dans la fenêtre temporelle du 4 mois \pm 29 jours. Si elle est considérée « sans risques d'autismes » à la séance 5 (score PREAUT-4 = 5), son score intermédiaire la positionne toutefois avec d'autres troubles éventuels à investiguer, et la séance 6 (score PREAUT-4 = 4) la positionne dans la catégorie « à risques d'autismes ». Cela vient bien nous rappeler comme les regards adressés du bébé, aussi présents de manière quantitative et qualitative puissent-ils être, ne sont pas suffisants pour en avoir fini avec le retrait relationnel et dans ce contexte, les éventuels « risques d'autismes ».

3.3.2.3. Mathilde, un bébé intéressé par le monde qui l'entoure ?

Aux séances faisant suite à la séance 6, la tendance globale de durée du regard (les proportions comme les temps moyens) diminue, et ce peu importe le type (adressé, en direction de, vers un objet ou « ailleurs »). Comment l'interpréter ? L'absence de groupe contrôle nous amenant à ne pas pouvoir étudier le développement « ordinaire » d'un bébé est ici à mettre en cause. Ne serait-il pas possible que cette distribution des regards soit possiblement en lien avec une augmentation « normale » de l'activité du bébé qui pourrait devenir davantage attentif à son environnement ?

Les faibles temps moyens de regards (variant entre 12 sec et 2 sec, comparativement à avant où les taux moyens ont pu atteindre jusqu'à 82 sec) semblent aller dans ce sens, nous amenant à émettre l'hypothèse de « brefs » regards émis du bébé à destination de son environnement. Sans doute pouvons-nous aussi mettre en lien la motricité du bébé qui, avec l'âge, lui permettent de plus en plus de liberté.

À partir de la séance 5 émergent des regards en direction d'objets qui grandissent en termes de proportion (jusqu'à 36% puis 91% aux dernières séances) et en termes de temps moyen (oscillation entre 7 sec et 14 sec). Là encore, il est important de considérer les données ensemble, puisque lorsque le temps moyen consacré à regarder les objets est de 14 sec, c'est à la séance 6, où Mathilde regarde significativement plus sa mère. À l'inverse, le temps moyen le plus faible de 7 sec opère aux dernières séances, où les proportions de temps consacré à regarder les objets sont très importantes.

L'intérêt grandissant pour les objets se veut de moins bon augure dans le contexte du retrait relationnel puisqu'il est souvent dit que, dans l'autisme, l'intérêt des objets inanimés opère au détriment des humains. Cependant, si les regards adressés aux adultes sont entrecroisés de regards adressés aux objets, cela pourrait être interprété, non pas du côté d'un fonctionnement autistique, mais plutôt du côté de l'attention conjointe.

Progressivement, le bébé va évoluer de la simple réponse à l'attention conjointe vers un comportement d'initiation. Il invite l'autre à partager un intérêt sur un objet par alternance de regards, depuis le visage de la personne vers l'objet. Et c'est bien cette initiation de l'attention visuelle qui servirait de vecteur à la compréhension de l'intentionnalité chez autrui. (Aubineau et al., 2015, p. 142)

Aussi, il convient d'indiquer que si en termes de proportion, le taux de regard pour les objets est effectivement supérieur à celui adressé aux adultes, en revanche, en termes de temps moyens de regard, il est équivalent. Mathilde est âgée de 5 mois 7 jours à la séance 7, puis 5 mois 28 jours à la séance 8, et enfin 1 an et 14 jours à la séance 9 où elle marche et se déplace aisément. Ainsi, il est tout à fait possible que cet intérêt grandissant envers les objets soit à destination de les partager avec les adultes à la dernière séance.

Pour les séances 7 et 8, nous rejoignons donc les positions de différents auteurs pour soutenir cette hypothèse du côté de l'attention conjointe. « L'attention conjointe se construit après le suivi de regard (...), un engagement avec les personnes [et] un engagement vers les objets », les amenant à un début d'attention conjointe dite « passive » qui s'installerait « plus fortement à 4 mois » et augmenterait avec l'âge (Aubineau et al., 2015, p. 162). Si certains la décrivent plus tardivement, vers 9 mois, pour d'autres auteurs, l'attention conjointe peut apparaître très tôt. Par exemple, du fait d'être corrélé avec le langage, ce que l'on observe chez les bébés de 6 mois pourrait déjà se situer dans le champ de l'attention conjointe (Morales et al., 1998). « Quelque soit son âge, l'enfant peut apprendre le mécanisme d'attention conjointe et dès 6 mois, on remarque des patterns d'apprentissage de l'attention conjointe » (Aubineau et al., 2015, p 163).

Également, il convient de rappeler ici les travaux de Beebe et Stern (1977) qui, dans la continuité de l'expérience menée par Stern (1971/1983), ont ajouté la conception de continuum au modèle *Chase and Dodge* (Beebe & Stern, 1977), suggérant ainsi que le bébé pourrait expérimenter continuellement l'idée d'« être avec » par l'intermédiaire de regards mutuels directs mais aussi, et ce en même temps précisent-ils, par l'expérience de formes de désengagements à des degrés divers, avec le fait de regarder ailleurs, d'orienter sa tête et son corps ailleurs qu'en direction de sa mère, etc. (Beebe & Stern, 1977 ; Beebe, 2014) (cf. I,2.2.3.3.).

De plus, le regard des adultes n'étant pas codé, les aspects interactif et bidirectionnel du modèle inhérents au modèle pour penser les interactions entre le bébé et ses partenaires cher à de nombreux auteurs (Stern, 1971/1983 ; Cohn & Tronick, 1988 ; Beebe, 2014 ; Lebovici et al., 1989) ne peut pas être considéré.

Avant d'en passer à la suite, soulignons qu'à partir de la séance 7, si les regards adressés à la mère et au thérapeute diminuent (en quantité et en temps de regard), à l'inverse, un intérêt grandissant pour le filmeur émerge. Peut-être que la distance à laquelle le filmeur se situe est à considérer.

3.3.2.4. Haute sensibilité du bébé en retrait relationnel

Pour expliquer la diminution des regards adressés aux adultes, une autre hypothèse aurait pu être formulée. En effet, la thérapie consistant en de la « réanimation psychique » peut amener à une sollicitation intense du bébé – les occurrences de mamanaï des adultes le confirment, à supposer qu'ils ne soient pas d'adulte à adulte, ce qui demeure très rare. Cette sollicitation intense pourrait peut-être conduire Mathilde à moins regarder son (ses) interlocuteur(s) aux premières séances du fait de se sentir envahit par l'autre.

Si l'on reste dans le champ de la haute sensibilité, les douleurs ressenties de manières exacerbées par ces bébés (Tomasella, 2018 ; Laznik, 2020 ; Beaulieu, 2020b) nous livrent aussi des pistes du côté du repli du bébé sur lui-même. En effet, Mathilde présente un RGO intense, des coliques, mais aussi des épisodes d'érythèmes fessiers douloureux, ainsi qu'une

gastro-entérite aux premières séances. Nous avons décrit précédemment comme la douleur peut être intensément vécu et amener ces bébés là à se renfermer d'autant plus¹⁰³.

Les taux de réponse au mamans différents lorsque l'on élargit le seuil de 1 seconde à 3 secondes pour donner davantage de temps au bébé, dans l'idée de la *pause to check* d'Aron (2010) va aussi dans ce sens de la haute sensibilité à considérer.

Reprenons la séance 4 où les résultats attirent notre attention. Il est important de dire qu'elle a lieu une semaine après la séance 3 (mais à distance de 2 semaines de la suivante). À la séance 3, la proportion du regard « ailleurs » a commencé à augmenter (50%) et atteint son paroxysme à la séance 4 avec 68%. Toutefois, le temps moyen y étant consacré à la séance 3 est de 20 sec (ce qui apparaît négligeable face au temps moyen le plus élevé à cette séance de 82 sec pour le thérapeute), et diminue à 15 sec à la séance 4 (où il est en revanche le temps moyen le plus fort). La thérapeute n'est regardée « que » dans une proportion de 15% (38% si l'on inclue les regards « en direction ») avec un temps moyen de 12 sec, ce sont les valeurs les plus basses depuis le début de la thérapie, avec néanmoins un maintien de mamans (séance 3 : 32% et 33 sec ; séance 4 : 29% et 22 sec). Si cela « n'attire » pas beaucoup Mathilde (4%), en revanche, il est intéressant de constater que s'il est maintenu, c'est probablement que la thérapeute n'éprouve pas de ressentis différents pour le bébé.

Le plus surprenant concerne la mère, pour laquelle une proportion de seulement 1% de regards adressés existe (qui passe à 13% si l'on inclue les regards « en direction) avec un temps moyen d'1 sec. Autrement dit, il n'y a quasiment pas de regards adressés à la mère à cette séance, et le mamans qui était présent à hauteur de 10% à la séance 3 (temps moyen de 7 sec) n'est quasiment plus présent à la séance 4 (1% et 3 sec).

Que s'est-il donc passé à cette séance ? D'un point de vue purement quantitatif, il aurait pu être intéressant de rechercher la proportion de pleurs ou de gémissements du bébé par exemple. D'un point de vue plus qualitatif, en dehors de ce que les analyses statistiques peuvent nous apprendre, nous avons pu reVISIONNER la séance et réaliser que quelque chose d'important s'y passe. Comme Laznik (2018) l'a publié dans le cas clinique relatif à Mathilde, nous allons le mentionner et l'étudier. En effet, lors de cette séance, la mère s'autorise pour la première fois à évoquer l'appareillage que son bébé doit porter en raison d'une luxation congénitale de la hanche liée à la présentation du bébé en siège (Laznik, 2018, p. 94).

¹⁰³ Il apparaît néanmoins intéressant de suggérer que face à une douleur, d'autres bébés pourraient, à l'inverse, solliciter davantage les adultes pour leur venir en aide. N'oublions jamais la singularité et les différences inter-individuelles.

En revanche, si dans l'article du cas clinique, Laznik (2018) décrit comment Mathilde accède désormais au troisième temps, venant ainsi boucler le circuit pulsionnel oral, nos analyses statistiques n'ont pas permis de le mettre en évidence.

3.3.2.5. Le thérapeute exempt d'inquiétudes pour le bébé en retrait relationnel

Il convient de revenir sur un élément important. Concernant le fait que Mathilde regarde davantage la thérapeute que sa mère au cours des premières séances (en quantité comme en durée), cela peut s'expliquer par le fait que la mère est probablement inquiète pour l'état de sa fille ; inquiétudes probablement décuplée du fait d'avoir un aîné autiste, et d'autant plus justifiées. Madame dira au cours de l'une de ces séances comme elle appréhendait d'avoir un garçon, en raison des chiffres sur les fratries d'autistes attribuant davantage de risques aux garçons à naître.

La thérapeute ne manifestant pas d'angoisses à l'égard du bébé – en témoignent les proportions et les temps moyens de mamanais qu'elle produit – Mathilde peut sans doute davantage se laisser « séduire » par son mamanais, qui de fait est plus présent, puisque la thérapeute peut davantage être disponible pour s'émerveiller de ce bébé.

Ainsi, si dans un premier temps, Mathilde regarde effectivement davantage la thérapeute, par la suite, la tendance va s'inverser. À partir de la séance 5, Mathilde se met à plus regarder sa mère que la thérapeute, en proportion comme en temps de regard. L'hypothèse formulable serait que la mère, moins aux prises avec des inquiétudes pour sa fille du fait que son bébé soit désormais suivi par un professionnel spécialisé, et peut-être aussi du fait que son discours en tant que mère soit écouté et entendu, puisse s'émerveiller face à son bébé. Nous l'avons dit, cela va l'amener à produire davantage de mamanais. Toutefois, Mathilde n'y répond pas dans une mesure très grande, comme nous l'avons aussi mentionné. Le fait de sentir sa mère moins anxieuse à son sujet, ajouté aux douleurs moins présentes pour Mathilde ont-ils joué en la faveur du regard qu'elle peut progressivement émettre pour sa mère ?

Enfin, nous avons relaté une diminution du mamanais aux dernières séances, chez la thérapeute comme chez la mère. L'hypothèse que nous formulons ici est que cette diminution soit « normale ». En effet, Parlato-Oliveira (2019) indique que la production de mamanais suit une évolution opposée aux productions sonores du bébé à partir de 8-9 mois. Son hypothèse

est que lorsque les partenaires du bébé reconnaissent le bébé comme un interlocuteur commençant à dominer la langue, leur recours au mamanais diminue. Cette proposition est illustrée dans le schéma à suivre. Dit autrement, c'est comme si les bébés n'en avaient plus besoin arrivé à un certain terme (Cohen et al., 2013).

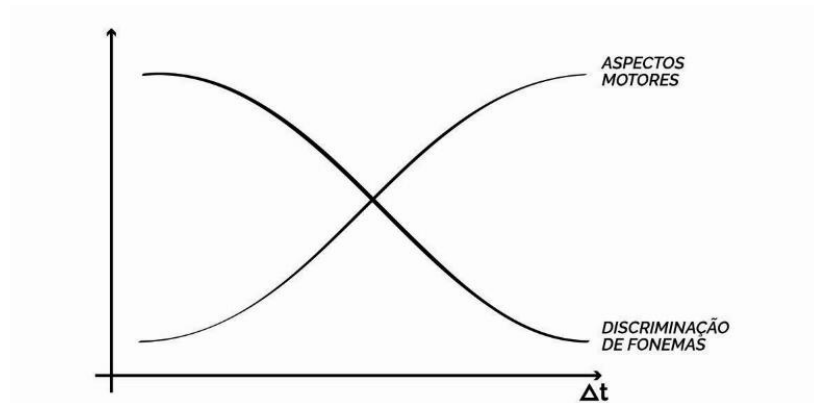


Figure 24. Évolution de la production de mamanais avec le temps
(Extrait de Parlato-Oliveira, 2019, p. 61)

Soulignons toutefois que si cela est un aspect positif, il n'en est pas pour autant suffisant, en raison du troisième temps du circuit pulsionnel qui n'est pas encore démontré comme étant présent – pas qu'il n'existe pas car nous n'en savons rien, mais plutôt que les analyses statistiques que nous avons proposées jusque-là ne nous ont pas permis de l'évoquer.

La micro-analyse réalisée dans un premier temps à partir du codage des séances de manière intégrale fut basée sur des hypothèses affectant la précision de ceux-ci. À posteriori, nous nous sommes rendu compte que ces hypothèses pouvaient être affinées afin de permettre un codage plus fin, ce que nous proposerons dans la prochaine partie.

Il ressort globalement de cette première micro-analyse que les items les plus exploitables sont relatifs aux regards du bébé et aux discours des adultes. Nous avons aussi proposé d'augmenter le temps d'étude de la corrélation de 1 à 3 secondes afin d'obtenir des résultats davantage exploitables, car Mathilde est un bébé qui semble avoir besoin de temps pour se positionner.

Ainsi, au premier niveau d'analyse, les résultats permettent de mettre en évidence que Mathilde se comporterait différemment avec sa mère et avec la thérapeute – du point de vue des regards adressés à la suite d'un discours en mamanais émis par l'adulte. À l'égard de la

mère, les réponses par le regard au mamans de Mathilde demeurent faibles et mettent du temps à advenir pendant le suivi thérapeutique, à l'inverse de la thérapeute auprès de qui Mathilde manifeste davantage de réponses par le regard et ce, dès la première séance.

Au second niveau d'analyse, nous formulons l'hypothèse que Mathilde « découvre » sa mère en milieu de thérapie, lui accordant ainsi davantage de regards qui durent aussi plus longtemps, puis son environnement au sens large. Nous suggérons que la différence de regards adressés aux adultes puisse s'expliquer par des inquiétudes logiquement moindres chez la thérapeute. Enfin, nous faisons le lien avec la haute sensibilité que Mathilde semble présenter et des douleurs qui apparaissent envahissantes pour elle.

4. MICRO-ANALYSE DES « CŒURS DE SÉANCE »

La micro-analyse est donc cette fois-ci réalisée à partir d'extraits sélectionnés dans chaque séance. Nous suivons la même logique de plan que dans la partie précédente, afin de pouvoir davantage repérer les points communs et les différences entre les micro-analyses, et ainsi éventuellement percevoir l'apport de ce changement de focal, pour reprendre l'image du « microscope social » de Beebe (2014).

4.1. Définition du « cœur de séance »

Il a par la suite été décidé de compléter notre analyse en nous concentrant sur des « cœurs de séance » pour éliminer l'impact du contexte dans nos analyses. Ainsi, des cœurs de séance ont été sélectionnés de la façon suivante :

- Critère 1 : le regard est codé à 100% sur l'extrait retenu.
- Critère 2 : le bébé est sur le dos et a la possibilité de regarder à la fois le thérapeute et sa mère.
- Critère 3 : la recherche du cœur de séance commence au milieu exact de la séance et s'élargit jusqu'à trouver une séquence respectant les deux premiers critères.

Il convient de préciser plusieurs choses. Tout d'abord, nous avons extrait ces cœurs de séance sans toucher à la segmentation ou au codage. Du fait de ne pas pouvoir respecter les deux premiers critères, puisque Mathilde y est plus grande et marche, la séance 9 a été exclue de ces analyses. Nous poursuivons notre micro-analyse avec 8 séances à considérer. Pour les séances 5 et 7, deux extraits « cœur de séance » sont retenus, de manière à pouvoir conserver un temps suffisant d'analyse et en cohérence avec les autres séances. Ainsi, en moyenne, un extrait « cœur de séance » dure environ 1min 49sec.

Voici les cœurs de séance retenus :

Tableau 24. Détail des cœurs de séance du cas Mathilde

<i>Séance</i>	<i>Extrait Video</i>	<i>t_début extrait</i>	<i>t_fin extrait</i>	<i>durée (s)</i>
S1	Extrait B	00:08:00	00:10:25	145
S2	Extrait A	00:04:10	00:07:10	180
S3	Extrait A	00:35:25	00:36:26	61
S4	Extrait B	00:06:30	00:09:00	150
S5	Extrait A	00:33:30	00:35:00	90
S5	Extrait A	00:35:41	00:36:22	41
S6	Extrait A	00:24:20	00:26:20	120
S7	Extrait A	00:03:12	00:03:53	41
S7	Extrait A	00:04:10	00:05:35	85
S8	Extrait A	00:01:12	00:02:23	70,6

4.2. Contrôle qualité du codage

Tableau 25. Superposition des regards

	<i>Treel (ms)</i>	<i>Ttotal (ms)</i>	<i>Taux de superposition</i>
Séance 1	141127	141127	100,0%
Séance 2	180000	180000	100,0%
Séance 3	60689	60689	100,0%
Séance 4	150000	242610	161,7%
Séance 5	130985	130985	100,0%
Séance 6	119986	119986	100,0%
Séance 7	125933	228889	181,8%
Séance 8	68443	68443	100,0%

Nous constatons ici que le taux de superposition des items relatifs aux regards est meilleur que dans le cas des séances entières. 6 séances sur les 8 ont un taux idéal de 100%.

Il pourrait aussi être utile de s'intéresser à nouveau aux taux de concordance entre les différents codages sur ces extraits spécifiques.

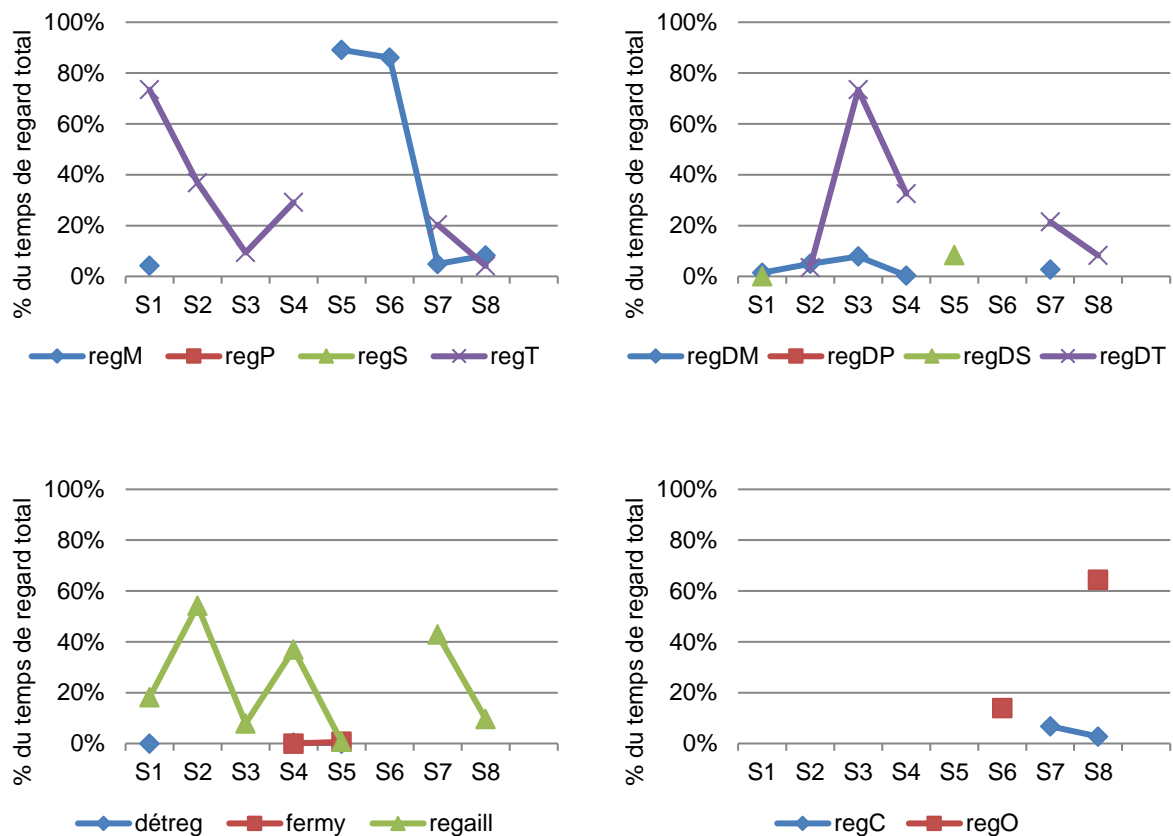
4.4. Premiers résultats et critique

4.4.1. Premier niveau d'analyse : résultats quantitatifs et analyses statistiques

4.4.1.1. Le regard du bébé

Nous reprenons l'ordre d'analyse proposé précédemment.

4.4.1.1.1. Proportion de temps de regards du bébé



De manière générale, il apparaît important de dire que certains de ces items n'apparaissent pas dans certains cœurs de séance, en raison de leur durée, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'existent pas dans l'entièreté de celle-ci, comme en témoignent nos résultats précédents. Il convient d'insister à nouveau sur le fait que la micro-analyse ne doit pas empêcher de conserver une vision globale des phénomènes.

Concernant le regard adressé du bébé aux adultes, nous constatons que dans 3 séances sur 8 (séances 2, 3 et 4), le bébé ne regarde que le thérapeute, et dans 2 séances sur 8 (séances 5 et 6), il ne regarde que sa mère. Pour le reste des séances (séances 1, 7 et 8), le regard est partagé uniquement entre la mère et la thérapeute. Les évolutions de regard ne sont pas interprétables en raison de leur nombre (< 5 regards adressés à adultes dans 7 séances sur 8).

Comme nous l'avions fait précédemment, nous proposons d'inclure en un seul graphique les regards adressés du bébé avec les regards « en direction de ». Les résultats sont présentés dans le graphique suivant.

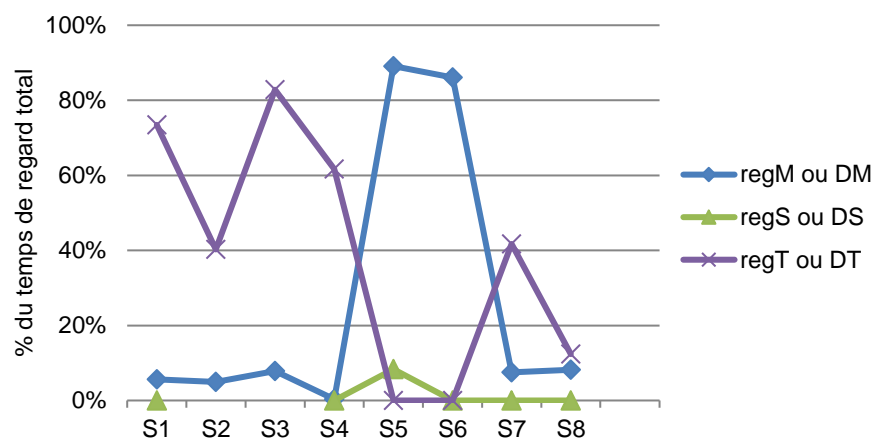


Figure 26. Regards du bébé pour les adultes
Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S8 = séance 1 à séance 8
(regX ou DX= regarde la personne X ou en direction de la personne X)

De manière générale, les données sont davantage lisibles. Le regard du bébé envers sa mère (adressé et « en direction ») suit une courbe linéaire sur les quatre premières séances aux alentours des 5%. Ensuite, le regard du bébé pour la mère connaît un pic en séances 5 et 6 (89% et 86%), comme nous l'avions relaté dans la micro-analyse des séances entières. Pour les séances 7 et 8, le regard du bébé pour la mère diminue drastiquement (8%).

Concernant le regard du bébé envers la thérapeute (adressé et « en direction »), celui-ci oscille entre 40% et 83% aux quatre premières séances pour disparaître complètement séances 5 et 6 et revenir à des valeurs inférieures aux deux dernières séances considérées (séance 7 : 42% ; séance 8 : 12%).

4.4.1.1.2. Temps moyen des regards du bébé

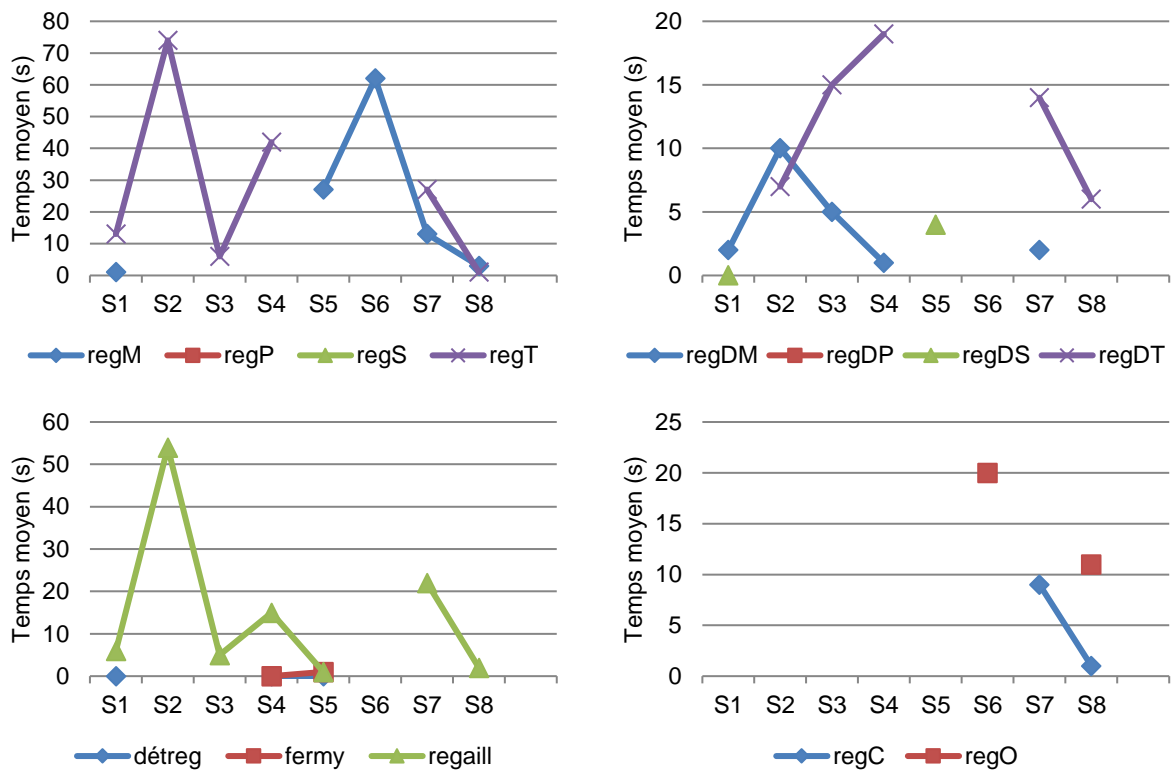


Figure 27. Temps moyens de regards du bébé considérés par type

Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S8 = séance 1 à séance 8

haut-gauche : regards adressés aux adultes (regX = regarde la personne X) ;

haut-droite : regards en direction des adultes (regDX = regarde en direction de la personne X) ;

bas-gauche : regards « ailleurs » (détreg = détourne le regard ; fermey = ferme les yeux ; regaill = regarde ailleurs) ;

bas-droite : regards envers un objet (regC = regarde la caméra ; regO = regarde un objet)

De même que pour les statistiques obtenues à l'égard des proportions de regards du bébé, les temps moyens de ces derniers sont difficilement exploitables.

Il est tout de même intéressant de constater que les temps moyens de regards du bébé adressés à la thérapeute et les temps moyens de regards « ailleurs », non seulement suivent les mêmes courbes, mais en plus ont le même ordre de grandeur, ce qui n'était pas le cas lors de l'intérêt porté aux proportions de regards. Il convient de se demander si sur ces phases-là, il ne serait pas intéressant d'étudier le temps moyen pour tout types de regards confondus afin de mesurer le niveau général d'activité du bébé, plutôt que d'utiliser ces paramètres comme s'ils étaient discriminants.

4.4.1.2. Le mamanais chez les adultes

4.4.1.2.1. Proportion de temps de discours des adultes

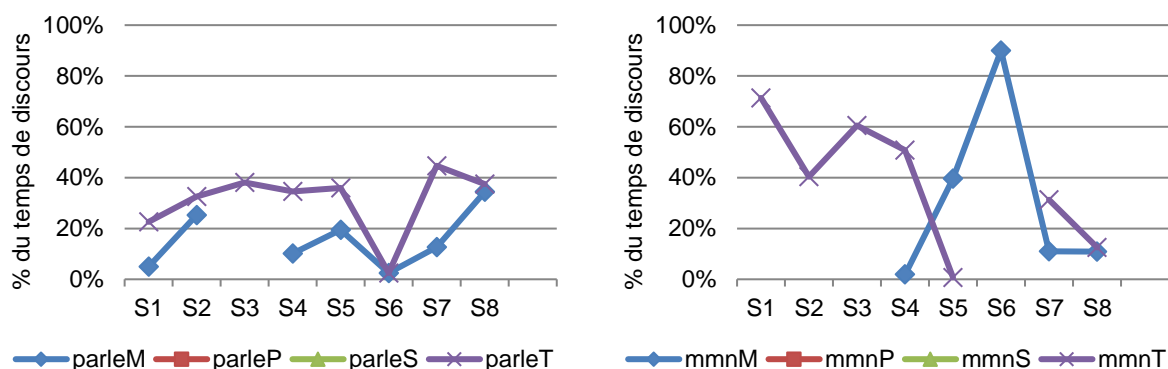


Figure 28. Discours des adultes considérés par type
 Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S8 = séance 1 à séance 8
 gauche : discours parlé (parleX = la personne X parle) ;
 droite : mamanais (mmnX = la personne X parle en mamanais)

De manière générale, on constate que le discours de la thérapeute est bien plus présent que celui de la mère sur la totalité des séances, sauf pour les cœurs de séance 5 et 6.

Intéressons-nous en premier au discours parlé (sans mamanais). Concernant la thérapeute, elle parle plus que la mère à toutes les séances. Nous observons une absence de discours au cœur de séance 6.

Concernant la mère, il est intéressant de constater qu'elle ne parle pas dans le cœur de séance 3 et que pour toutes les autres séances, l'évolution de son discours suit les mêmes dynamiques que celui de la thérapeute.

L'étude du discours en mamanais est davantage intéressante. On constate que le creux du discours parlé en cœur de séance 6 est comblé ici par un pic de discours en mamanais par la mère (90%). En revanche, sur le discours en mamanais, contrairement au discours parlé, les courbes de la thérapeute et de la mère suivent des dynamiques opposées, allant même jusqu'à la disparition de l'un au profit de l'autre.

4.4.1.2.2. Temps moyen des discours des adultes

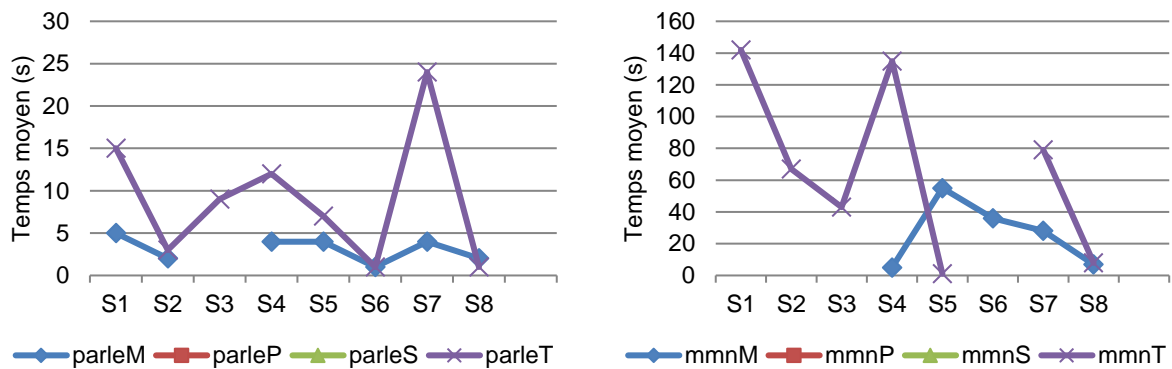


Figure 29. Temps moyens de discours des adultes considérés par type

Axe des abscisses (axe horizontal) : S1 à S8 = séance 1 à séance 8
gauche : discours parlé (parleX = la personne X parle) ;
droite : mamanais (mmnX = la personne X parle en mamanais)

Là où pour le regard, les temps moyens suivaient des dynamiques différentes des proportions de regards, concernant les temps moyens des discours des adultes, les courbes de proportion et de temps moyens suivent les mêmes dynamiques.

4.4.1.3. Étude d'une corrélation à 1 seconde

Il convient de rappeler que cette micro-analyse s'appliquant à des cœurs de séance d'en moyenne 1min 49sec, les données sont difficilement interprétables.

Cela dit, si l'on compare la dynamique des courbes de proportions de mamanais et de proportions de regards du bébé adressés à un adulte, il est particulièrement frappant de constater une superposition quasi-parfaite des courbes. À titre d'exemple, au cœur de séance 1, la proportion de mamanais de la thérapeute est de 71% et celle du regard du bébé adressé ou « en direction » de la thérapeute est de 73%. Au cœur de séance 6, le même pic se retrouve avec la proportion de mamanais de la mère à hauteur de 90% et celle du regard du bébé adressé ou « en direction » de sa mère de 86%. Cela nous indique que le regard du bébé couplé au mamanais de l'adulte représentent des objets d'étude particulièrement importants.

Intéressons-nous à présent à la corrélation à proprement parlé, lorsque le bébé répond par un regard adressé dans la seconde qui suit le début du mamanais.

Tableau 26. Taux de réponse du bébé par un regard adressé à la suite d'un mamanais formulé à son égard (délai 1 sec après début du mamanais)

	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>	<i>S8</i>
Mere								
Nb de réponse				0	1	1	0	0
Nb de mamanais				3	11	29	4	5
% de réponse				0%	9%	3%	0%	0%
Therapeute								
Nb de réponse	0	1	0	1	0		0	0
Nb de mamanais	3	3	2	14	1		4	3
% de réponse	0%	33%	0%	7%	0%		0%	0%

Les résultats ne sont pas représentatifs puisque le nombre de mamanais correspond à en moyenne 1min 49sec de séance et varie donc entre des occurrences de 1 et 5 dans 6 cœurs de séance sur 8 et ce, que le délai soit positionné à 1 ou à 3 secondes.

En revanche, en cœurs de séance 5 et 6, on trouve respectivement 11 et 29 occurrences. Nous pouvons d'ailleurs nous poser la question d'une hétérogénéité de la finesse du codage du mamanais dans les différentes séances : sur quel(s) critère(s) les codeurs vont-ils se baser pour arrêter ou démarrer un propos en mamanais ? Il pourrait donc être particulièrement intéressant de proposer un recodage sur les cœurs de séance avec des consignes strictes quant à la finesse du codage du mamanais.

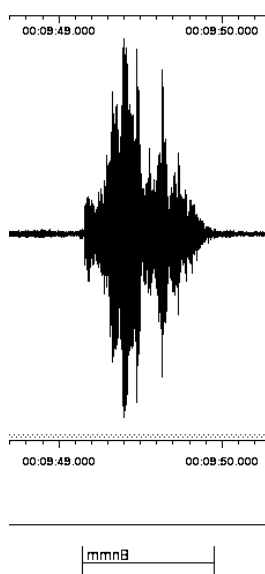


Figure 30. Spectrogramme du mamanais sur le logiciel ELAN

Proposons ici (Figure 30) une méthode d'identification de départ et de fin de prosodie de mamanais. Le logiciel *ELAN* permet l'utilisation de supports audio et vidéo, avec l'apparition possible d'un spectrogramme. Cela aide au découpage du mamanais. Ainsi, avant l'émergence du mamanais et après son extinction, il est primordial de pouvoir identifier une période sans aucun autre son émis par l'orateur.

Parfois, il peut arriver que deux propos en mamanais se suivent avec une courte pause au milieu. Si les codeurs ne sont pas suffisamment avertis, l'un pourra coder deux prosodies de mamanais lorsque l'autre en codera une seule.

4.4.2. Second niveau d'analyse : résultats qualitatifs et hypothèses psychanalytiques

L'analyse des cœurs de séance nous a permis une visualisation nette du lien entre le mamanais de l'adulte et le regard de Mathilde. Cela rejoint les hypothèses psychanalytiques que nous avons formulé précédemment.

Si la mère de Mathilde est en mesure de produire du mamanais à l'égard de sa fille, cela suppose qu'elle puisse s'émerveiller de ce que son bébé lui donne à voir, donc qu'elle parvienne à réunir en elle de la surprise et du plaisir (Fernald & Kuhl, 1987). Ce mamanais émis par la mère va attirer à elle sa fille, et nous assistons là à un véritable cercle vertueux – nous en faisons en tout cas l'hypothèse : au plus la mère va « réussir » à « faire venir » sa fille en exprimant son plaisir, au plus le bébé va venir, se repérant éventuellement comme cause de la jouissance maternelle et au plus la mère va avoir envie de le faire, et ainsi de suite. Cela expliquerait la courbe qui monte en pic aux séances 5 et 6 et qui se retrouve dans les cœurs de séance 5 et 6.

Pour que la mère puisse s'émerveiller de son bébé, cela suppose aussi un « bon » lien entre la mère et la thérapeute, puisque les bébés en retrait relationnel, nous l'avons dit et les analyses statistiques nous le démontrent, commencent en général par regarder le thérapeute. Ce « bon lien » est discuté en termes de « transfert d'amour » chez les psychanalystes et nous allons le développer ici.

Si les données statistiques ne nous permettent pas, en tant que telles, de venir démontrer les deux prochaines propositions de réflexion (nous avons étudié le discours des adultes en termes quantitatifs, non qualitatifs par l'intermédiaire d'analyses de discours), elles

méritent toutefois d'être développée car nous les considérons comme indispensables pour que la thérapie puisse advenir.

4.4.2.1. Un transfert d'amour pour la thérapeute

L'article de Laznik (2018) sur le cas clinique de Mathilde nous enseigne sur ce point. Voici un extrait de la première séance retranscrit lorsque la mère confie à la thérapeute qu'elle profite des moments d'allaitement pour faire autre chose :

MCL : « Je vais vous dire pourquoi vous faites autre chose pendant qu'elle tète. »
Silence. Puis, la mère me demande : « Pourquoi ? »

MCL : « Parce qu'une partie de vous a déjà repéré que ce bébé ne regarde pas et vous ne pouvez pas vous permettre de vous effondrer. Vous avez un enfant autiste, vous avez une autre petite fille, puis un bébé. Vous n'avez pas le droit, en ayant trois enfants, de vous effondrer. Donc, vous vous arrangez pour ne pas le savoir, pour ne pas vous effondrer, parce que vous êtes une bonne mère. » (Laznik, 2018, p. 88)

Cette interprétation proposée par la thérapeute va permettre un véritable transfert d'amour de la mère vers la thérapeute. Ainsi, l'identification de la mère à la thérapeute va pouvoir advenir, permettant au psychanalyste de faire l'économie d'une injonction où il faudrait demander au partenaire du bébé de faire pareil. « Il y a un mouvement d'identification qui fait qu'elle peut incorporer, introjecter les choses que je propose » (Laznik, 2018, p. 88).

Les conséquences immédiates de ces propos de la thérapeute seront une demande de la mère d'anticiper le prochain rendez-vous, et un mail témoignant de la grande confiance émergente.

Une autre possibilité pour œuvrer en faveur de ce transfert dit positif va être de valoriser ce que font les partenaires auprès du bébé. Par exemple, dans le cœur de séance 2, la mère fait un massage à Mathilde qui souffre de coliques. Voici les propos du thérapeute :

MCL au bébé : « Bonjour, mais on me regarde tout d'un coup ! Bonjour ! C'est bon les massages de maman ! Oui ! On fait une négociation : maman, elle fait le massage et moi je profite de la conversation ! Oh oui ! Oui ! Moi je profite un max de toi. C'est madame Laznik qui profite de la poupée et c'est maman qui masse. Ce n'est pas très juste ce système, mais bon ! Hein ! Mais moi je suis d'accord. » (Laznik, 2018, p. 90)

Non seulement la thérapeute indique comme maman doit faire de bons massages pour soulager le bébé, mais en plus elle nomme explicitement l'injustice de la situation : c'est la mère qui procure du mieux-être au bébé et c'est la thérapeute qui en récolte les bénéfices.

L'idée est aussi de liquider l'éventuel transfert négatif qui pourrait émerger là, comme si de dire de manière très concrète permettait à la mère de faire l'économie de cette pensée et de ce ressenti.

Un dernier élément mérite d'être discuté. Insister pour l'anamnèse de ces bébés-là (au sujet de l'histoire de la grossesse par exemple) mettrait en péril le transfert d'amour, et donc l'alliance thérapeutique. Laznik (2018) suggère plutôt de « laisser venir » et se positionne en faveur d'une retenue de la part du psychanalyste.

Si l'on en revient au suivi de Mathilde, la mère évoque spontanément à la séance 3 comme mère et fille étaient mal pendant la grossesse, du fait que le bébé soit positionné en siège et coincé sous une côte. « La mère a besoin de s'assurer que [le thérapeute n'est pas] à la recherche de causes dans son psychisme à elle pour pouvoir parler librement (Laznik, 2018, p. 93). Ainsi, à la séance suivante, la mère a mis au bébé l'appareillage qu'il doit porter depuis la naissance en raison d'une luxation congénitale de la hanche. Jamais elle ne l'avait apporté ou mentionné auparavant. La mère pensait-elle que le retrait relationnel du bébé allait être attribué à la présentation en siège, et éventuellement le lui être reproché ?

Non seulement cette prise de position a permis que la thérapie puisse se dérouler, mais en plus, nous trouvons là des pistes pour expliquer les résultats et les courbes en creux lors de la séance 4.

4.4.2.2. S'émerveiller de son bébé : le petit pied saveur framboise des Causses

À la séance 3 réside un échange particulièrement intéressant entre la thérapeute et la mère autour de Mathilde. Bien que ce moment ne soit pas inclus dans le cœur de séance 3¹⁰⁴, comme cela va dans le sens de notre propos, nous suggérons de l'introduire.

Il convient de dire que s'il est important d'aider les partenaires du bébé à abaisser le niveau d'inquiétudes éventuellement ressentis à l'égard de ce dernier, en les rassurant quant à notre expérience auprès de ces bébés en retrait relationnel et nos possibilités d'action du fait de la plasticité neuronale du bébé par exemple, cela ne fait pas tout. En effet, il va s'agir

¹⁰⁴ Lors du moment clinique particulièrement intéressant auquel nous faisons référence, les critères pour que le moment soit retenu comme cœur de séance n'étaient pas respectés.

« concrètement » d'aider le partenaire du bébé à (re)trouver du plaisir – parfois, il s'agit véritablement de « trouver » et non de « retrouver », car un bébé qui ne regarde pas son partenaire ne renvoie pas à beaucoup de satisfaction ou de plaisir.

Pour ce faire, nous pouvons aider les partenaires du bébé à intégrer dans le plaisir des perceptions issues de différents canaux sensoriels. En référence à Kandel (2006/2007) et à ce qu'il nomme le *Long-Term Permanence* permettant au circuit du plaisir de rester ouvert de manière pérenne, mais aussi à Freud (1905/1987) avec le concept de « pulsions sexuelles orales », Laznik (2018) suggère d'en référer au plaisir dans le registre gustatif et constate que les cultures font varier les considérations pour accéder à ce plaisir gustatif. Ainsi, si les français semblent davantage sensibles aux croissants, les sucreries à la noix de coco obtiendraient plus de succès au Brésil. Le recours à ces métaphores va permettre non seulement au partenaire du bébé d'éprouver du plaisir, mais aussi au bébé de se réjouir de ce plaisir suscité chez l'autre.

Les bébés se réjouissent. Le jeu, si innocent, mais qui pour Freud est ce qu'il nomme la sexualité orale du bébé, est essentiel dans la constitution de l'appareil psychique du petit d'homme. Ce dernier, de par sa prématurité naturelle, doit s'attacher l'amour et l'intérêt de l'adulte qui veille sur lui. S'il sait se rendre délicieux, il est en sécurité. Il y a là, me semble-t-il, quelque chose de phylogénétique. (Laznik, 2018, p. 92)

Dans le cas de la mère de Mathilde, la thérapeute tente d'induire le plaisir oral chez la mère en faisant appel à la fois au visuel et à l'odorat. Ainsi, en s'inspirant de la couleur du pull de la petite fille, elle suggère et interroge si le petit pied du bébé sent la framboise. « La mère [reprend], avec un plaisir rêveur : “De grosses framboises des Causses !” » (Laznik, 2018, p. 93).

4.4.2.3. Le monde et son grain de sable

Si les éléments que nous venons d'amener ne sont pas révélés par la micro-analyse des séances entières comme des cœurs de séance, il convient d'indiquer que leur analyse n'en est pas moins importante. Ainsi, nous statuons à nouveau sur l'indispensabilité de considérer à la fois ce qui peut être révélé par la micro-analyse, et les séances de thérapie en tant que telles, ceci afin d'accéder à une vue d'ensemble du bébé perçu comme un sujet dans sa globalité.

Laznik (2018) rappelle combien la relation qui advient au sein de la séance peut parfois durer à peines quelques secondes sur une séance d'une heure. « Ce sont des îlots de merveille

dans un monde de vide » dit-elle (Laznik, 2018, p. 91). Si le lien entre le bébé et la mère advient au sein du cœur de séance sélectionné, ou si à l'inverse il n'advient pas, en ne considérant que ces moments, le risque est de ne pas accéder à quelque chose de représentatif de l'ensemble du phénomène.

Ainsi, pour reprendre la métaphore amenée par Stern (2003) en référence à Blake, il est intéressant de considérer le grain de sable qui contient une part du monde, mais aussi le monde tout entier.

Cette seconde micro-analyse est basée sur les mêmes codages que la précédente mais effectuée à l'égard de séquences plus ciblées, les cœurs de séance. Il convient de rappeler que la variable du contexte est maîtrisée puisque les cœurs de séance présentent tous un bébé dans la même position : sur le dos avec possibilité de voir (de s'adresser) à la fois à sa mère et à la thérapeute.

Cette micro-analyse bénéficie d'un meilleur contrôle qualité du codage. L'apport le plus intéressant de cette seconde micro-analyse est que les courbes de mamais émis par les adultes et celles de regards de Mathilde envers les adultes émettant du mamais sont entièrement superposables. En revanche, cette micro-analyse ne permet pas d'obtenir plus de résultats significatifs du fait que les extraits sélectionnés soient très courts. Nous nous sommes en effet confrontés à une limite notable, du fait que des problèmes techniques fréquents dans les séances filmées ont restreint les possibilités d'extraction des séquences « cœur de séance ». Il apparaît donc particulièrement important d'insister auprès des filmeurs sur le fait de filmer des plans larges pour y voir apparaître tous les acteurs si l'on souhaite utiliser ces films à posteriori dans le contexte de la recherche.

Venons-en enfin à la révision du codage, codage qui pourrait être utilisé à des fins de micro-analyses de films de séances de thérapie « bébé-parents », dans le cas de bébés présentant un retrait relationnel, mais aussi auprès de bébés présentant d'autres particularités.

5. PROPOSITION D'UN CODAGE REVISE

En reprenant notre codage créé et introduit dans le premier chapitre et en prenant en considération tout ce qui a été amené dans ce travail de thèse, des éléments théoriques aux analyses statistiques, nous suggérons dans cette dernière partie un codage révisé.

Avant d'en arriver à sa présentation, nous proposons quelques recommandations.

5.1.1.1. Aller vers une homogénéisation des codages

Comme nous l'avons dit, en comparant les codages entre le premier codeur et le second, les pourcentages de concordance sont parfois assez faibles. Pour contrer cela, il convient de recommander un entraînement à soumettre à l'ensemble des codeurs.

Également – nous avons commencé à le faire, un « catalogue » avec des extraits de vidéo « type » pour caractériser un item pourrait être constitué afin de rappeler aux codeurs l'attente de chaque item, ainsi que des contre-exemples comme l'ont suggéré Baird et al. (1992) dans leur guide de codage.

5.1.1.2. Codage et insuffisance de la vidéo : privilégier les séquences autour du bébé

À de nombreux moments, le bébé n'apparaît pas dans le champ visuel, alors que c'est lui, le protagoniste de notre affaire. Ainsi, il existe de nombreuses séquences dans les séances filmées du cas Mathilde qui ne peuvent pas être codées et doivent être indiquées comme « problème technique ». Cela implique également que ces temps soient soustraits dans le temps total considérable d'une séance... mais faut-il vraiment impérativement coder l'entièrement d'un cas clinique ?

Dans la même direction de cette idée que le bébé est notre préoccupation principale, il convient également de dire que des moments de la thérapie ne sont pas utiles au codage. Par exemple, lorsque le bébé dort, la conversation d'adulte à adulte qui peut avoir lieu n'a pas d'intérêt pour la validation de la méthode de thérapie.

La recommandation qui en découle pourrait être, pour les films déjà existants, de ne coder que lorsque le bébé apparaît à l'écran. Mieux même, extraire des séquences dans les

séances où les conditions favorables sont réunies plutôt que d'essayer de tout coder. Le choix du bébé à coder devra donc considérer cet aspect : s'assurer des conditions de films favorables.

Il convient d'expliquer ici que coder un cas dans son entièreté est apparu primordial dans un premier temps, mais cette expérience nous a prouvé que cela n'a pas d'utilité.

Pour des films à venir, il conviendrait de recommander aux filmeurs de conserver à l'esprit que l'acteur primordial de cette séance est le bébé et qu'il doit impérativement figurer dans le champ visuel, comme l'ensemble des acteurs au moment où ils sont en interaction avec lui. Privilégier des champs visuels larges semble donc de bon augure, le zoom sur le bébé étant possible sur ordinateur à postériori, l'inverse ne l'étant pas.

5.1.1.3. Affiner les registres et les items

Bien que cela ait déjà été fait dans notre codage, il conviendrait d'encore davantage regrouper les types d'étiquettes dans la conception du codage mais aussi visuellement sur le logiciel *ELAN*.

Ainsi, même si la ligne sera potentiellement vide, il semble plus opportun d'associer une ligne à un type de comportement, et ce, pour l'ensemble des acteurs (bébé comme adultes). Cela permettra aussi de guider le second codeur.

Voici le détail des différents registres :

- Ligne 1 : regard
- Ligne 2 : discours
- Ligne 3 : bouche
- Ligne 4 : expression du visage
- Ligne 5 : orientation du visage
- Ligne 6 : bras
- Ligne 7 : jambes
- Ligne 8 : position

Concernant les items individuels, certains sont trop subtiles, certains demandent à être réorganisés, certains manquent de finesse et de précision, quand d'autres se révèlent inutiles, déjà interprétatifs ou encore absents, donc à introduire. Développons en détails ces éléments acteur par acteur.

5.1.1.3.1. *Les items du bébé*

Concernant le bébé, des items sont trop subtils. C'est par exemple le cas des items relatifs au regard : regarder la personne ou regarder en direction de la personne n'est pas toujours facile à déceler, et la considération reste trop subjective. Qu'en est-il aussi du bébé qui regarde « ailleurs » ? Qu'est-ce que cela veut dire, précisément et objectivement ? À partir de quel moment est-ce du « problème technique » et quand est-ce un « regard ailleurs », si le bébé oriente sa tête ailleurs que vers un adulte par exemple, mais que son regard n'apparaît pas dans le champ visuel (s'il tourne la tête) ? Qu'en est-il de la question du regard pendant l'allaitement ? L'introduction de l'orientation de la tête comme l'avait suggéré Stern (1971/1983) apparaît intéressante.

De même, les items « pleure » et « geint » sont trop subtils à différencier et devraient pouvoir être considérés de la même manière : c'est un inconfort pour le bébé qui le manifeste par des pleurs. Ainsi, nous proposons de regrouper ces items et d'ajouter les gémissements.

Aussi, des items mériteraient d'être organisés différemment pour être davantage pertinents et précis. Nous proposons de subdiviser les mouvements du bébé en trois : bras, jambes et positions (tronc).

La question du repérage du RGO – bien que très importante afin d'être traité – apparaît interprétative. Ce que le bébé peut donner à voir de manière concrète, c'est une régurgitation.

L'item « tétine » devient plus large (le bébé peut téter n'importe quel objet, y compris son pouce). Il est référencé sur la ligne relative à la bouche et permet ainsi que d'autres actions de la part du bébé soient possibles en parallèle.

Par ailleurs, des items semblent ne pas avoir grand intérêt, comme les « sourires non adressés », lorsque le bébé « sursaute », ou encore lorsque le bébé « fait tomber l'objet ».

Des items sont déjà trop interprétatifs, notamment ceux relatifs au fait de s'offrir à l'autre notamment, au temps du « se faire » qui renvoient à la théorie lacanienne. Du point de vue de l'observable pur, nous pouvons les apparenter à d'autres items déjà existants dans le codage desquels on pourra (ou non) émettre l'hypothèse du « se faire ». Voici des exemples :

- Pulsion orale, « se faire » embrasser : regard du bébé + mouvement main, pied, ventre du bébé.
- Pulsion scopique, « se faire » regarder : regard du bébé + vocalisation du bébé.
- Pulsion invoquante, « se faire » entendre : regard du bébé + vocalisation du bébé.

Enfin, des items semblent manquer, par exemple lorsque le bébé « tend les bras » vers l'adulte, signe qu'il souhaite attirer son attention et réclame un comportement à son égard.

5.1.1.3.2. *Les items des adultes*

Concernant les items relatifs aux adultes, les items renvoyant à trop de subtilités sont ceux relatifs au discours « en mamanais adressé au bébé » vs ceux considérés comme « énoncés à la place du bébé en mamanais ». Par exemple, à la séance 3, la thérapeute dit en mamanais « y'a un bobo » : difficile de savoir si elle le dit au bébé ou à la place du bébé, et cela va davantage relever de la subjectivité de chacun pour trancher.

Pour autant, ces items ont une véritable valeur thérapeutique, nous choisissons donc de les laisser dans le codage mais attirons l'attention des codeurs sur les futures analyses pour en vérifier les taux de concordance.

Des items méritent d'être regroupés. Par exemple, les items « chante avec geste » ou « chante sans geste » peuvent figurer en un seul item « chante » puisque la gestuelle est codée séparément.

Autre questionnement que nous n'avons peut-être pas suffisamment remis au cœur de nos préoccupations : considérer un maximum de comportements pouvant arriver au cœur d'une séance est pertinent, mais doit demeurer en lien avec le dispositif thérapeutique. En quoi le fait que le parent regarde le thérapeute (ou inversement) pourrait-il nous être d'une utilité quant à la description et à l'éventuelle validation du dispositif thérapeutique ? Peut-être que cela sera utile sur une recherche annexe qui étudierait spécifiquement, par exemple, la relation parent/thérapeute avec des notions d'identification et de transfert. Nous proposons de

conserver l'item, bien que cela ne soit pas utile dans une micro-analyse pour valider les effets de la thérapie du côté du bébé.

Il apparaît par ailleurs intéressant d'indiquer qu'un dispositif incluant plusieurs caméras pour filmer afin de réduire les angles morts pourrait être à réfléchir.

Enfin, un item semble manquant, lorsque l'adulte « bisouille » le pied ou la main du bébé. Avec le codage actuel, cet élément n'est pas spécifiquement codable. Pourtant, cet élément est au cœur du plaisir qu'un parent (un partenaire) peut éprouver auprès du bébé. Il apparaît indispensable qu'il figure spécifiquement dans le codage puisque c'est bien sur ces hypothèses théorico-cliniques autour du troisième temps du circuit pulsionnel que repose notre dispositif.

Dans le codage créé, ce type de comportement de la part de l'adulte est codé « touche bébé », ce qui rend l'action indifférencié de l'adulte qui par exemple touche le bras du bébé.

5.1.1.3.3. Les items relatifs au contexte

Dans la proposition de codage révisé, nous suggérons de conserver tous les items pouvant être relatifs à la position du bébé. Ainsi, la ligne contexte disparaît et nous ne considérons que les acteurs de la séance.

À titre d'exemple, l'item du contexte « poussette » devient un item du bébé « sur le dos contraint » ou « assis contraint » en fonction de l'inclinaison de la poussette. L'information de la poussette est inutile, cependant, il est intéressant de savoir si le bébé est sur le dos ou assis, d'où l'intérêt de cette nouvelle subtilité.

Des items sont également ajoutés afin d'envisager toutes les possibilités, et nous proposons de les énoncer par ordre d'apparition chronologique. Ainsi, par exemple, aux côtés de « sur le dos » figure désormais « sur le ventre » et « sur le côté ». Autre exemple, à « rampe » et « 4 pattes » est ajouté « marche » et « debout ».

Le codage dans sa version révisée est présenté en annexe (cf. Annexe 6).

Nous arrivons à la fin de notre dernier chapitre. De manière générale, dans les micro-analyses du cas Mathilde effectuées à l'égard des séances entières comme à l'égard des « cœurs de séance », les items relatifs aux regards du bébé et aux discours des adultes se sont révélés comme étant les plus exploitables.

Le manque de concordance des codages, probablement lié à des compréhensions divergentes des items par les codeurs, a conduit à des fréquences d'apparition des items trop peu homogènes. Il apparaissait donc moins intéressant d'étudier d'autres items que ceux que nous avons considérés.

Lorsqu'un bébé répond au mamanais par le regard, nous l'avons dit, il n'est pas acteur du lien à l'autre puisqu'il n'y a pas moyen de vérifier s'il accède au troisième temps du circuit pulsionnel. D'autres analyses seraient nécessaires pour pouvoir se positionner de ce côté-là.

CONCLUSION & PERSPECTIVES

J'aimerais à présent dire un mot au sujet de chaque thématique incluse dans ce travail de recherche. Commençons par l'essentiel : le bébé. Le bébé est une personne. Winnicott que j'affectionne depuis le premier jour où je l'ai découvert à l'université, mais aussi bien d'autres comme Brazelton, Lebovici, Gopnik ou encore Aron, que j'ai découvert au cours de ce travail de thèse, sans oublier les « bébologues » que j'ai la chance de fréquenter dans une proximité plus ou moins grande, comme M-C. Laznik ou E. Parlato-Oliveira, me confortent dans l'idée que ces bébés ont chacun quelque chose à nous dire, à nous transmettre, à condition de se mettre à leur hauteur et, à condition d'être à la fois en mesure d'écouter et de regarder. Être en mesure de « se laisser ravir » pour reprendre les termes suggérés par E. Bidaud, afin que le bébé puisse voir dans l'expérience du miroir à quel point nous l'estimons, par l'intermédiaire de notre regard et de notre voix.

Il apparaît évident de dire que sans chacun de ces bébés, cette recherche n'aurait pas lieu d'exister. Si cette thèse leur est en partie dédiée, les remerciements eux aussi auraient dû commencer en les mentionnant. Les remercier eux, et naturellement leurs parents, leurs partenaires, qui nous font confiance en nous laissant à la fois faire un bout de chemin de vie à leurs côtés, en nous laissant les filmer et en acceptant ainsi de se présenter, leur bébé et eux-mêmes, sous des jours parfois loin d'être flatteurs.

J'ai eu la grande chance, en tant que petite orchidée, d'être un bébé aux partenaires attentifs, délicats et adaptés, et aussi qu'arrive dans ma vie trois ans et demi après moi une autre orchidée aux nuances bien différentes des miennes, mais aux exigences d'un environnement adapté similaires.

Pourtant, l'expérience et mes longs échanges à la fois avec mon précieux collègue le Docteur Jacques-Patrice Lamy et avec mon analyste me font dire aujourd'hui que j'ai été un bébé présentant un RGO et un frein restrictif de langue non diagnostiqués, que j'ai présenté des irritabilités tactiles, une haute sensibilité aux bruits, aux odeurs, à certaines textures d'aliments et surtout à la douleur, et que personne n'a guidé mes « partenaires » pour en savoir quelque chose. Pourtant, en regardant mon enfance et en écoutant mes « partenaires » en parler, j'ai pu percevoir comme ils se sont adaptés à toutes ces particularités, parfois même sans savoir les nommer, parfois même sans savoir si cela était « normal », simplement parce que j'étais leur enfant et qu'ils s'adaptaient pour que je me sente confortable et en sécurité. À

les voir, je suis intimement persuadée qu'ils ont fait du mieux qu'ils pouvaient, parfois soutenus par les professionnels, mais parfois pas. Ils ont osé et se sont fait confiance, à eux-mêmes en premier lieu, à une époque où il n'était peut-être pas aussi évident qu'aujourd'hui de se positionner à l'encontre d'un professionnel au prétexte que le professionnel « sait ». Combien de parents s'autorisent à prendre ces chemins de traverse lorsqu'un professionnel indique quelque chose qui fait bondir ?

Sans doute mes « partenaires » m'ont ils enseigné qu'il fallait avant tout se faire confiance. Au cours de cette thèse, je suis devenue mère à mon tour. À mon tour j'ai pu sentir comme la maternité, la parentalité, et même au delà de cela, le fait de se sentir un jour devenir autant responsable que totalement à la merci d'un petit individu, peut à la fois nous rendre si fort et nous fragiliser. J'inclus avec moi les « parents » qui n'ont pas porté ou transmis leur patrimoine génétique à leur(s) enfant(s), puisqu'à mon sens Être Parents, ou plutôt Exister comme Parents, pour reprendre la subtilité de Golse (2020), en référence à Winnicott, peut concerner tout un chacun. Il me semble véritablement que les parents naissent avec leur bébé, et sans doute, renaissent à chaque fois qu'un de leur bébé vient au monde. Je rejoins là volontiers la célèbre phrase de F. Dolto (1992) qui disait qu'« en naissant, un enfant transforme deux adultes en parents. On peut dire ainsi que c'est l'enfant qui fait les parents ».

Sans rentrer dans les détails, puisque si cela est mon histoire, c'est aussi et avant tout la sienne, beaucoup d'inquiétudes ont été formulées autour de mon enfant à la fois à la toute fin de sa gestation et à la suite de ses premiers vaccins, nous conduisant, mon conjoint, notre fille et moi-même, à multiplier les examens médicaux aussi invasifs qu'effrayants. Est-ce que les professionnels de santé nous ont accompagné dans ces épreuves ? Certains, oui. Certains nous ont soutenu, ont indiqué comme nous étions de « bons parents » qui savaient et qui sentaient les choses, et que notre magnifique poupée était une lionne qui allait nous dire ce qu'il en était, qu'il suffisait de lui parler et de l'écouter, ce dès le stade in utero, de la regarder attentivement grandir, de répondre à ses besoins et de venir solliciter les professionnels si quelque chose ne nous apparaissait pas cohérent avec ce qu'elle nous apprenait d'elle-même. Hélas, d'autres se sont contentés de nous dire que les bébés pleurent car ce sont des bébés, qu'ils ne ressentent pas la douleur si on leur fait un garrot et sept tentatives de prises de sang que l'on échoue, et que les patchs anesthésiants rassureront Maman mais ne changeront rien pour un bébé qui par définition pleure pour s'exprimer.

Je tiens ici le premier point de mon contre-transfert aux bébés. Je suis intimement liée à chacun de ces bébés. Leur histoire résonne en moi, à la fois en tant que petit bébé que j'ai été,

en tant que celui qui demeure en moi, et vis-à-vis du petit bébé que j'ai eu. Mon contre-transfert envers les partenaires de ces bébés se joue aussi inévitablement ici.

Il me tient à cœur de dire que rien n'est inéluctable. Il faut encourager tous les professionnels autour des bébés à se former, et à entendre pleinement comme écouter les partenaires du bébé doit être l'outil clinique et thérapeutique numéro un.

Un deuxième thème de ce travail de recherche renvoie au lien. Lorsque l'on est héritière d'une cohabitation entre les nobles et les bourgeois et descendante d'arméniens de Turquie, il apparaît clair que le lien à l'autre, ou peut-être d'ailleurs plutôt le non-lien à l'autre, ou l'interdit du lien à l'autre, font partie intégrante de notre histoire de vie. N'est-il pas par ailleurs amusant de savoir qu'au milieu de ces interdits, de ces impossibilités d'exister ou d'être reconnu comme appartenant d'un quelque part, mon arrière-grand-père ayant émigré en France nous a attribué un nom de famille arméno-turc, *Ekizian*, signifiant « fils de » – *ian*, en arménien – et « jumeau » – *ekiz*, en turc – nous faisant ainsi un cadeau symbolique où nous ne pourrions plus jamais être seul ?

Un jour, constatant que j'essayais de contacter des personnes de ma famille paternelle que je n'avais jamais eu l'opportunité de rencontrer, constatant que je m'attachais déjà à ce cousin éloigné au second degré que je ne connaissais qu'à peine, lui aussi s'inscrivant dans un métier du prendre soin proche du mien, mais aussi constatant que, sur un autre plan, je me positionnais malgré moi (malgré moi ?) en institution au bord du précipice clivant de longue date entre les différents membres d'une équipe, mon analyste a suggéré : « Solène, c'est celle qui fait du lien ». Il est particulièrement amusant de noter qu'à la rédaction de ces lignes, mes doigts ont glissé entre le « l » et le « b », faisant que le « lien » devienne le « bien ».

Les liens sont-ils toujours une « bonne » chose ? Est-il vrai de dire que nous devons être en lien à l'autre pour « aller bien » ? pour exister ? pour avoir une place ? Pourquoi le lien à l'autre devrait-il être obligatoire ? Je pense bien entendu ici aux autistes, et à ces petits bébés que nous rencontrons, pour qui le lien à l'autre, dans la mesure où notre société le considère, leur est particulièrement difficile. Rien ne dit qu'il n'existe pas quelque part une société, un lieu, un endroit, dans lequel les autistes seraient plus « acceptés » et se sentiraient davantage considérés. Josef Schovanec (2018), philosophe et écrivain français, autiste et militant pour « la dignité des personnes autistes », évoque ainsi l'état souverain de Niue, au cœur du Pacifique. Dans ce petit état où vivent 1 200 habitants, J. Schovanec dit s'y être senti

particulièrement bien, en raison de codes sociaux fondamentalement différents des nôtres : « Là-bas, il est impossible d'être exclus » explique-t-il¹⁰⁵.

Ayant travaillé pendant plusieurs années avec des autistes de différents âges, de différents « niveaux » sur le continuum de ce qu'il est commun de nommer le « spectre autistique », je me suis particulièrement intéressée à ceux qui semblent pouvoir nous en dire véritablement quelque chose « de l'intérieur ». À mes lectures de Temple Grandin, connue pour être l'une des premières autistes à avoir témoigné de son vécu, par ailleurs à une époque professeure américaine de zootechnie et de sciences animales à *Colorado State University* aux États-Unis, j'en vins alors à percevoir comme Être autiste pouvait apparaître pour eux aussi inhérent que je puisse me sentir Arménienne de Turquie. Avec tout ce que cela peut comporter d'agréable, et peut-être de moins agréable, selon le contexte dans lequel on se trouve. Grandin explique ainsi : « Si je pouvais, d'un claquement de doigts, cesser d'être autiste, je ne le ferais pas. Parce que je ne serais plus moi-même. Mon autisme fait partie intégrante de ce que je suis » (Grandin, 1995/1997, p. 17).

Si l'on suit ces considérations, comment pouvoir suggérer de les « soigner » ou de vouloir les « changer » pour les rendre « adaptés » à une supposé manière d'être au monde ?

Le débat mériterait d'être poursuivi, mais à partir de ces quelques pistes de réflexions, il m'est apparu particulièrement difficile de continuer à parler de « risques d'autismes ». Comment les autistes sont-ils considérés si l'on suggère que des petits bébés « risquent » l'autisme ? Il semble que mon souhait d'évoquer les autismes au pluriel pour faire honneur et témoigner de mon respect à leur singularité n'était pas suffisant.

Enfin, la troisième thématique de ce travail de recherche renvoie à la micro-analyse. Lorsque l'on est grandement méticuleux et rigoureux et qu'on se livre à une profondeur de traitement quotidienne, cela peut compliquer parfois bien la vie, mais cela permet aussi de voir s'ouvrir à nous un monde particulièrement riche et excitant, où à côté du blanc et du noir, nous pouvons voir surgir milles nuances de couleurs. C'est véritablement ce que j'ai ressenti en procédant à la micro-analyse comme l'ont proposé Stern (1971/1983) ou Beebe (2014),

¹⁰⁵ Davoigneau, S. (Journaliste). (2018, 30 décembre). Josef Schovanec : Au pays du syndrome d'Asperger [Interview]. Dans *Sept à huit*. TF1.

avec son analogie du « microscope social » : la micro-analyse pouvait apparaître interminable tant les subtilités de coder étaient là, mais nous avons dans un même temps accès à un tel détail, à une telle richesse de matériel... Tout était là, mais comment (ré)assembler ces éléments, comment extraire l'essence même de ces séances pour pouvoir en dire quelque chose ?

Cette thèse de doctorat est la première issue de notre travail en équipe de recherche et, il me semble, l'une des premières à considérer ces différentes thématiques de manière conjointe.

Ainsi, à partir d'instruments d'évaluation des interactions entre un bébé et ses partenaires qui existaient, nous avons créé un codage.

Nous en sommes ensuite passé par la formalisation du dispositif thérapeutique bébé-parents d'orientation psychanalytique tel que l'a développé M-C. Laznik auprès de ceux qu'elle nomme les bébés à « risques d'autismes », en tentant d'introduire le *setting*, la méthode et les outils à la fois cliniques et thérapeutiques. Nous avons par ailleurs recherché et présenté les dispositifs thérapeutiques proposés par d'autres approches théoriques.

Nous avons aussi procédé à l'identification des caractéristiques de la cohorte de 99 bébés reçus dans ce contexte par M-C. Laznik, à travers l'administration de la grille PREAUT-OLLIAC (Olliac et al., 2017) et l'introduction de différents facteurs. Comme nous avons introduit la distinction entre retrait relationnel et « risques d'autismes », il aurait d'ailleurs pu être intéressant d'administrer également l'échelle ADBB (Guedeney & Fermanian, 2001) afin d'en comparer les résultats.

Enfin, nous avons sélectionné un cas clinique dans cette cohorte afin de coder les séances qui avaient été filmées. Il en ressort deux types de micro-analyse, la première sur les séances dans leur entièreté, la seconde, davantage focalisée sur des séquences que nous avons nommé « cœurs de séance », en référence aux brillants travaux de Stern (1971/1983). Nous avons pu ainsi dégager des analyses statistiques à partir des items des regards du bébé et des discours des adultes. Nous avons également proposé des pistes d'amélioration et introduit un codage révisé.

Si nous avons répondu à tous les objectifs secondaires de ce travail de recherche, nous avons également répondu à son objectif principal. En effet, nous avons bel et bien créé une

méthodologie et un outil permettant de mesurer les effets de la thérapie bébé-parents d'approche psychanalytique lorsque le bébé présente un retrait relationnel.

Concernant les hypothèses relatives aux effets positifs éventuels sur le bébé d'une thérapie bébé-parents au plus tôt et sur la possibilité de différencier l'évolution d'un bébé au développement dit « typique » vs en retrait relationnel, nous ne pouvons pas, à la fin de ce travail de recherche, nous positionner. En effet, ce travail nous apparaît comme une première pierre posée dans la construction de l'édifice, et en suppose naturellement d'autres.

Sans doute, en revenir à la technique de la micro-analyse image par image suggérée par Stern (1971/1983) et reprise par Beebe (1973, 1977, 2014) pourrait aussi nous apporter de nouvelles perspectives, notamment la possibilité d'entrevoir le bébé de façon multimodale, au-delà simplement de son regard et du mamanaïs que l'adulte lui adresse et auquel il peut éventuellement être sensible.

Une première direction de travail intéressante pourrait être d'appliquer le codage révisé proposé en fin de thèse, par l'intermédiaire d'une micro-analyse image par image, aux « cœurs de séance » que nous avons identifiés pour le cas de Mathilde.

Naturellement, il conviendra aussi de s'intéresser à d'autres cas cliniques issus de cette même cohorte, puis d'autres cohortes – à condition que le thérapeute soit formé à la même technique. La réplicabilité est nécessaire pour pouvoir un jour en arriver à parler d'une validation des effets thérapeutiques. Il pourrait aussi être intéressant de réfléchir à la constitution d'un groupe contrôle.

Aussi, si nous avons créé un outil pour un champ spécifique, à savoir celui des bébés en retrait relationnel, il n'en sera pas moins réutilisable pour les thérapies bébé-parents au sens large.

Nous l'avons dit, le dispositif thérapeutique décrit dans ce travail de thèse a été élaboré et mis à jour au quotidien par M-C. Laznik, depuis près d'une trentaine d'années.

Il convient aussi de rendre hommage à tous les « bébologues » qui, s'étant formé à cette méthode de thérapie bébé-parents d'approche psychanalytique dans le cas de bébé en retrait

relationnel, reçoivent et accompagnent désormais ces bébés et leurs partenaires, en France et à l'étranger.

En ce qui me concerne, m'étant par ailleurs spécialisée en périnatalité au sens large, je m'inscris dans cette pratique que j'appréhende et découvre jour après jour au sein de mon cabinet situé à La Fare-les-Oliviers, près d'Aix-en-Provence et de Marseille. Désormais passée du rôle de « celle qui filme » à « celle qui est filmée », cette expérience de filmeur que j'ai eu l'opportunité de vivre a laissé des traces indélébiles en la psychologue clinicienne et psychothérapeute que je suis, et que je serai (j'aimerais être).

Systematiquement, cette entité « caméra-filmeur-film » est présente dans mon dispositif puisqu'elle en est, à mes yeux, une composante inhérente et ce, que l'on souhaite investir le champ de la recherche ou non. La micro-analyse a été l'outil auquel nous avons eu recours dans ce travail de thèse. Sans l'appliquer à chaque fois, l'expérimenter permet véritablement de changer d'angle de vue pour toujours, et chaque (re)visionnage nous apprend de nouvelles choses... et puis, accompagner un bébé n'est-il pas d'une certaine manière toujours partir à la recherche de quelque chose à ses côtés, pour découvrir qui il est véritablement et singulièrement ?

Pour conclure, j'aimerais me référer à ces mots si parlants pour moi de l'auteure, compositrice et interprète française, Barbara.

Barbara suggérait, en 1970, dans l'univers des ventes aux enchères comme il en fut le cas rue Drouot, à Paris, où elle se rendit souvent, qu'en les objets sont profondément inscrits une histoire, un passé, un vécu. Barbara disait ainsi : « les choses ont leur secret, les choses ont leur légende. Mais les choses murmurent si nous savons entendre »¹⁰⁶.

En reprenant très humblement ses mots, j'aimerais proposer que « les [bébés] ont leur secret, les [bébés] ont leur légende. Mais les [bébés] murmurent si nous savons entendre ».

¹⁰⁶ Barbara (Auteure, Interprète). (1970). Drouot [Chanson]. Dans *L'Aigle noir*. Philips.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Articles, chapitres d'ouvrage et ouvrages

- Abécassis, M. & Bidaud, E. (2014). La présence contemporaine du sujet masculin sur la scène périnatale : une dynamique familiale modifiée. *Le Télémaque*, 46(2), 103-117. <https://doi.org/10.3917/tele.046.0103>
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. L., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M-D., Collins, N., & Brown, L. L. (2014). The Highly Sensitive Brain: An fMRI Study of Sensory Processing Sensitivity and Response to Others' Emotions. *Brain and Behavior*, 4(4), 580-594. <https://doi.org/10.1002/brb3.242>
- Ainsworth, M. D. S. (1963). Development of Infant-Mother Interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behaviour*, Vol. 2 (pp. 67-112). Wiley.
- Als, H., Lester, B. M., Tronick, E. Z., & Brazelton, T. B. (1982). Manual for the Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB). In H.E. Fitzgerald, B. Lester & M. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behavioral Pediatrics* (pp. 65-132). Plenum Press.
- Alvarez, L. & Golse, B. (2008). Les compétences du bébé. Dans *La psychiatrie du bébé* (pp. 19-34). PUF, 2013.
- Amad, A., & Thomas, P. (2015). Hypothèses neurodéveloppementales et plasticité cérébrale. Dans Y. Quintilla & A. Pelissolo (Éds.), *Thérapeutiques en psychiatrie – théories et applications cliniques* (pp. 263-275). Elsevier Masson.
- Amy, G., & Golse, B. (2017). *Bébés, chefs d'orchestre, une danse des mains*. Des Alentours.
- Amy, M-D. (Dir.) (2014). *Autismes et psychanalyses. Évolution des pratiques, recherches et articulations*. Érès.
- Anand, K. J. S., Phil, D., & Hickey, P. R. (1987). Pain and Its Effects in the Human Neonate and Fetus. *The New England Journal of Medicine*, 317(21), 1321-1329. <https://doi.org/10.1056/NEJM198711193172105>
- Ansermet, F. & Giacobino, A. (2012). *Autisme : à chacun son génome*. Navarin - Le Champ freudien.
- Ansermet, F. (2015). *La fabrication des enfants. Un vertige technologique*. Odile Jacob.
- Aron, E. N. (1996). *Hyper-sensibles. Mieux se comprendre pour mieux s'accepter*. Marabout, 2013.

- Aron, E. N. (2002). *Mon enfant est hautement sensible. Faire de sa sensibilité une force* [Ajout note de l'auteure, 2015]. Leduc, 2019.
- Aron, E. N. (2010). *Psychotherapy and the Highly Sensitive Person: Improving Outcomes for That Minority of People Who Are the Majority of Clients*. Routledge.
- Aslin, R. N. (1987). Motor aspect of visual development in infancy. In P. Salaptek & L. B. Cohen (Eds.), *Handbook of infant perception, Vol. 1* (pp. 43-114). Academic Press.
- Atkinson, J. (1984). Human visual development over the first six months of life. A review and a hypothesis. *Human Neurobiology, 3*(2) 61-74. PMID: 6378843
- Aubineau, L., Vandromme, L. & Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique, 115*(1), 141-174. <https://doi.org/10.4074/S0003503314000074>
- Bachollet, M-S. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy, 49*(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Baird, S. M., Haas, L., McCornick, K., Carruth, C., & Turner, K. D. (1992). Approaching an objective system for observation and measurement: Infant-parent social interaction code. *Early Childhood Special Education, 12*(4), 544-569. <https://doi.org/10.1177/027112149201200410>
- Banks M. S. (1980) The development of visual accommodation during early infancy. *Child Development, 51*, 646-666. PMID: 7418504
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenham, J., Drew, A., & Doehring, P. (2000). Early identification of autism by the CHecklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine, 93*(10), 521-525. <https://doi.org/10.1177/014107680009301007>
- Bateson, M. C. (1975). Mother-infant exchanges: The epigenesis of conversational interaction. In D. Aaronson & R.W. Rieber (Eds.), *Developmental Psycholinguistics and Communication Disorders; Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 263*, (pp. 101-113). New York Academy of Sciences.
- Beaulieu, A. (2020). Naître à crédit : les effets de la relation sur la formation du cortex moteur. *Journal français de psychiatrie, 1*(1), 54-58. <https://doi.org/10.3917/jfp.049.0054>
- Beebe, B. (1973). Ontogeny of positive affect in the third and fourth months of life of one infant (Doctoral dissertation, Columbia University, 1973). *Dissertation Abstracts International, 35*(2), 1014B.

- Beebe, B. (1982). Micro-timing in mother-infant communication. In M. R. Key (Ed.), *Nonverbal communication today. Series Edited by Joshua Fishman, Contributions to the sociology of language, Vol. 33* (pp. 169-195). Mouton.
- Beebe, B. (2003). Brief mother–infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal, 24*(1), 24-52. <https://doi.org/10.1002/imhj.10042>
- Beebe, B. (2005). Mother-Infant Research Informs Mother-Infant Treatment. *Psychoanalytic Study of the Child, 60*(1), 7–46. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0256-7>
- Beebe, B. (2014). My journey in Infant Research and Psychoanalysis: microanalysis, a Social Microscope. *Psychoanalytic Psychology, 31*(1), 4-25. <https://doi.org/10.1037/a0035575>
- Beebe, B. (2017). Daniel Stern: Microanalysis and the empirical infant research foundations. *Psychoanalytic Inquiry, 37*, 228-241. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1299498>
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: co constructing interactions*. Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2013). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology, 5*(4), 304–337. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.5.4.305>
- Beebe, B., & Stern, D. (1977). Engagement-disengagement and early object experiences. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 35–55). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-0492-1_3
- Beebe, B., Cohen, P., & Lachmann, F. (2016). *The mother-infant interaction picture book: Origins of attachment*. W. W. Norton & Company.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Bahrack, L., Andrews, H., & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development, 12*(1–2), 3–141. <https://doi.org/10.1080/14616730903338985>
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review, 75*(2), 81–95. <https://doi.org/10.1037/h0025583>
- Bentata, H. (2020). Le giron maternel, un fondement pulsionnel essentiel : la pulsion de portage. *Journal français de psychiatrie, 49*(1), 78-86. <https://doi.org/10.3917/jfp.049.0078>

- Bidaud, E. (2014). Vers une psychanalyse du visage. Dans *Recherches de visages. Une actualité de la psychanalyse* (pp. 15-29). Hermann.
- Blake, W. (1803). Auguries of Innocence. In *Pickering Manuscript*, 1863.
- Bleger, J. (1966). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans R. Kaës (Éd.), *Crise, Rupture et dépassement* (pp. 255-285). Dunod, 1979.
- Blehar, M. C., Lieberman, A. F., & Ainsworth, M. D. (1977). Early face-to-face interactions and its relation to later. Infant-mother attachment. *Child Development*, 48(1), 182-194. <https://doi.org/10.2307/1128897>
- Boutang, P. (1989). *William Blake, Chansons et mythes*. La Différence.
- Bouvet, M. (2007). La cure type. Dans *La cure psychanalytique classique* (pp. 5-119). PUF.
- Bovet, D. (2012). Les gorilles parlent « bébé ». *Cerveau & Psycho*, 54. <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychologie-animale/les-gorilles-parlent-bebe-7058.php>
- Bower, G. H. (1989). Mental models in narrative understanding. In A. F. Bennett & K. M. McConkey (Eds.), *Cognition in Individual and Social Contexts* (pp. 129-144). Elsevier.
- Bowlby, J. (1969-1982). Attachement et perte. PUF, 1978-1984.
- Boyce, W. T. & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17(2), 271–301. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050145>
- Brazelton, T. B. (1981). Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie de l'enfant*, 24(2), 375-396. [Article original : Brazelton, T. B. (1979). Behavioural competence of the newborn infant. *Seminars in Perinatology*, 3, 35-44.]
- Brazelton, T. B. (1983). Échelle d'évaluation du comportement néonatal. *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31(2-3), 61-96, traduction proposée par S. Stoleru [Article original : Brazelton, T. B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Spastics International Medical Publications. <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/12/Brazelton-1973-BNBAS.pdf>]
- Brazelton, T. B. (1992). *Points forts. Tome 1 – De la naissance à 3 ans*. Stock, 1994.
- Brazelton, T. B. (1997). Sauver l'eau du bain. Dans *Que sont les bébés devenus ?* (pp. 11-27). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.marci.1997.01.0011>
- Brazelton, T. B. (2001). La révolution des touchpoints. Dans M. Dugnat (Ed.), *Le monde relationnel du bébé* (pp. 33-46). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2001.02.0033>
- Brazelton, T. B. (2001b). De la NBAS aux touchpoints. Dans M. Dugnat (Ed.). *Le monde relationnel du bébé* (pp. 85-92). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2001.02.0085>

- Brazelton, T. B. (2011). Le rôle de la NBAS : réflexions personnelles. Dans D. Candilis-Huisman (Dir.), *T. Berry Brazelton, Ce que nous apprennent les bébés* (pp. 29-41). Érès.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens. L'attachement parent-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Calmann-Lévy.
- Brazelton, T. B., & Nugent, K. (1995). Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal. Médecine & Hygiène, 2001.
- Brazelton, T. B., Kozlowski, B., & Main, M. (1974). Origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The Effect of the Infant on Its Caregiver* (pp. 49–76). Wiley.
- Brugman, H., & Russel, A. (2004). Annotating Multimedia/ Multi-modal resources with ELAN. In *Proceedings of LREC 2004, 4th International Conference on Language Resources and Evaluation*. https://www.researchgate.net/publication/238473992_Annotating_Multimedia_Multi-modal_resources_with_ELAN
- Bruner, J. S. (1975). *Entry into early language : A Spiral Curriculum*. University college of Swansea.
- Bruner, J. S. (1983). *Le développement de l'enfant : Savoir faire, savoir dire*. PUF.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25(2), 125-139. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0125>
- Bur, V., Gozlan, A., Lamour, M., Letronnier, P., & Rosenfeld, J. (1989). Présentation de grilles d'évaluation des interactions précoces. A l'intention des consultations pédiatriques. Dans S. Lebovici, P. Mazet & J-P. Visier (Dir.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 427-463). Eshel.
- Burnham, D., Kitamura, C., & Vollmer-Conna, U. (2002). What's New, Pussycat? On Talking to Babies and Animals. *Science*, 296(5572), 1435-1435. <https://doi.org/10.1126/science.1069587>
- Burnod, Y. (2018). Regards croisés entre un biologiste et une psychanalyste. Dans M-D. Amy (Éd.), *Construction et partage du monde interne. Autismes et psychanalyses - III* (pp. 83-94). Érès.
- Bushnell, I. W. R., Sai, F., Mullin, J. T. (1989). Neonatal recognition of the mother's face. *British Journal of Developmental Psychology*, 7(1), 3-15. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1989.tb00784.x>
- Butzbach, N. (2021, à paraître). *Maternage, fais-moi peur ! Le Hêtre Myriadis*. [Titre indicatif et susceptible d'être modifié]

- Candilis-Huisman, D. (2011). À la rencontre de Terry Berry Brazelton : Un homme se penche sur un berceau. Dans *T. Berry Brazelton : Ce que nous apprennent les bébés* (pp. 13-28). Érès.
- Candilis-Huisman, D. (2011b). Vitalité et vulnérabilité du bébé. Dans *T. Berry Brazelton : Ce que nous apprennent les bébés* (pp. 71-78). Érès.
- Candilis-Huisman, D., Thoueille, E. & Vermillard, M. (2006). La passation transcrite de l'Échelle de Brazelton à l'usage des mères handicapées visuelles, et des autres mères. *Devenir*, 18(4), 315-332. <https://doi.org/10.3917/dev.064.0315>.
- Cassel, R. (2013). Rôle du mamans dans les interactions avec les bébés à devenir autistique. *Cahiers de PréAut n°10, La voix, des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique* (pp. 115-135). Érès.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 285(24), 3093-3099. <https://doi.org/10.1001/jama.285.24.3093>
- Challamel, M-J. (1989). Développement des états de vigilance chez le nourrisson. Place du sommeil dans le syndrome de mort subite du nourrisson. Dans M. Dehan & R. Gilly (Dir.). *Mort subite du nourrisson* (pp. 51-68). Doin.
- Chen, C., Chen, C., Moyzis, R., Stern, H., He, Q., Li, H., Li, J., Zhu, B., & Dong, Q. (2011). Contributions of Dopamine-Related Genes and Environmental Factors to Highly Sensitive Personality: A Multi-Step Neuronal System-Level Approach. *PLoS ONE*, 6(7), e21636. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021636>
- Chen, X., Rubin, K., & Sun, Y. (1992). Social Reputation and Peer Relationships in Chinese and Canadian Children: A Cross-Cultural Study. *Child Development*, 63(6), 1336-1343. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01698.x>
- Chericoni, N., De Brito Wanderley, D., Costanzo, V., Diniz-Gonçalves, A., Leitgel Gille, M., Parlato, E., Cohen, D., Apicella, F., Calderoni, S., & Muratori, P. (2016). Pre-linguistic Vocal Trajectories at 6–18 Months of Age As Early Markers of Autism. *Frontiers in Psychology*, 7, 1595. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01595>
- Choi, J., Jeong, B., Polcari, A., Rohan, M. L., & Teicher, M. H. (2012). Reduced fractional anisotropy in the visual limbic pathway of young adults witnessing domestic violence in childhood. *Neuroimage*, 59(2), 1071-1079. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.09.033>

- Chugani, H. T. (1994). *Development of regional brain glucose metabolism in relation to behavior and plasticity*. In G. Dawson & K. W. Fischer (Eds.), *Human behavior and the developing brain* (pp. 153–175). The Guilford Press.
- Chugani, H. T. (1998). A critical period of brain development: studies of cerebral glucose utilization with PET. *Preventive Medicine*, 27(2), 184-188. <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0274>
- Chugani, H. T., Phelps, M. E., & Mazziotta, J. C. (1987). Positron emission tomography study of human brain functional development. *Annals of Neurology*, 22(4), 487-497. <https://doi.org/10.1002/ana.410220408>
- Ciccone A. (2011). *La Psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*. Dunod.
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Ciccone, A. (2016). Rythme et bisensualité psychique. Dans M-D. Amy (Dir.), *Autismes : spécificités des pratiques psychanalytiques. Autismes et psychanalyses - II* (pp. 73-95). Érès.
- Clifford, S. M., Hudry, K., Elsabbagh, M., Charman, T., Johnson, M. H., & The BASIS Team (2013). Temperament in the first 2 years of life in infants at high-risk for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 673-686. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1612-y>
- Cohen, D., Cassel, R., Saint-Georges, C., Mahdhaoui, A., Laznik, M-C., Apicella, F., Muratori, P., Maestro, S., Muratori, F., & Chetouani, M. (2013). Do Parentese Prosody and Fathers' Involvement in Interacting Facilitate Social Interaction in Infants Who Later Develop Autism? *PLoS ONE*, 8(5), e61402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061402>
- Cohen, L. J. (2001). *Playful Parenting: An Exciting New Approach to Raising Children That Will Help You Nurture Close Connections, Solve Behavior Problems, and Encourage Confidence*. Ballantine Books, 2002.
- Cohen, P. M., & Beebe, B. (2002). Video feedback with a depressed mother and her infant: A collaborative individual psychoanalytic and mother-infant treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2(3), 1-55. <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486404>
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three months old infant's reaction to simulated depression. *Child Development*, 54(1), 185-193. <https://doi.org/10.2307/1129876>

- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: Influence isbi-directional and unrelated to periodic cycles in either partner's behavior. *Developmental Psychology*, 24(3), 386-392. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.386>
- Comfort, M., & Farran, D. (1994). Parent-child interaction assessment in family-centered intervention. *Infants and Young Children*, 6(4), 33-45. [Version non disponible en accès libre]
- Condon, W. S., & Ogston, W. D. (1967). A segmentation of behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 5(3), 221-235. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(67\)90004-0](https://doi.org/10.1016/0022-3956(67)90004-0)
- Condon, W. S., & Sander, L. W. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science*, 183(4120), 99-101. <https://doi.org/10.1126/science.183.4120.99>
- Constantino, J. N., Zhang, Y., Frazier, T., Abbacchi, A. M., & Law, P. (2010) Sibling recurrence and the genetic epidemiology of autism. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1349-1356. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101470>
- Costanzo, V., Chericoni, N., Amendola, F. A., Casula, L., Muratori, F., Scattoni, M. L., & Apicella, F. (2015). Early detection of autism spectrum disorders: From retrospective home video studies to prospective 'high risk' sibling studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55, 627–635. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.006>
- Couvert, M. (2018). *La clinique pulsionnelle du bébé*. Érès.
- Crasborn, O., & Sloetjes, H. (2008). Enhanced ELAN functionality for sign language corpora. In *Proceedings of LREC 2008, 8th International Conference on Language Resources and Evaluation*. https://www.researchgate.net/publication/215685477_Enhanced_ELAN_functionality_for_sign_language_coropora
- Crespin, G. & Parlato-Oliveira, E. (2015). O projeto PREAUT. In A. Jerusalinsky. (Dir.) *Dossiê Autismo* (pp. 434-454). Instituto Langage.
- Crespin, G. (2005). Recherche PREAUT : Evaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement : État d'avancement des travaux. *Cahiers de PréAut n°2, Psychanalyse et neuroscience face à la clinique de l'autisme et du bébé* (pp. 53-55). L'Harmattan.
- Cullere-Crespin, G. (2007). *L'épopée symbolique du nouveau-né. De la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*. Érès, 2010.
- Curley, J. P., Jensen, C. L., Mashoodh, R., & Champagne, F. A. (2011). Social influences on neurobiology and behavior epigenetics effects during development. *Psychoneuroendocrinology*, 36(3), 352-371. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.06.005>

- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob, 2004.
- Daniels, D., & Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21(1), 118-121. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.118>
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20(3), 775-803. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000370>
- De Ajuriaguerra, J. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.
- De Boysson-Bardies, B. (1996). *Comment la parole vient aux enfants*. Odile Jacob, 2005.
- De Casper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding : Newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208(4448), 1174-1176. <https://doi.org/10.1126/science.7375928>
- De Rosa, E., Curró, V., Wendland, J., Maulucci, S., Maulucci, M. L., & De Giovanni, L. (2010). Propriétés psychométriques de l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) appliquée à 81 enfants italiens : Dépression postnatale, maladie somatique maternelle et retrait chez l'enfant. *Devenir*, 3(3), 209-223. <https://doi.org/10.3917/dev.103.0209>
- Debret, J. (2020). *Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA*. Scribbr.
- Delion, P. (1998). *Les bébés à risque autistique*. Érès, 2012.
- Diatkine, R. (1985). Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dirs.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Vol. 4* (pp. 1039-1087). PUF.
- Diatkine, R. (1994). *L'Enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*. Delachaux et Niestlé.
- Diatkine, R. (1995/2013). Lectures et développement psychique. *Perspectives Psy*, 52(1), 82-88. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2013551082>
- Didierjean-Jouveau, C-S. (2005). *Le cododo : pourquoi, comment. Répondre aux besoins de l'enfant la nuit aussi*. Jouvence, 2018.
- Disnan, G., & Alvarez, L. (2010). Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 115-166. <https://doi.org/10.3917/psy.531.0115>
- Dolto, C. (2007). D'une conscience fœtale à une conscience du nouveau-né ? *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires*, 20. <http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b20c5.php>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Le Seuil.

- Dolto, F., Dolto-Tolitch, C., & Percheminier, C. (1992). Paroles pour adolescents. Le complexe du homard. LGF.
- Donald, I., Macvicar, J., & Brown, T. G. (1958). Investigation of Abdominal Masses by Pulsed Ultrasound. *The Lancet*, 271(7032), 1188-1195. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(58\)91905-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(58)91905-6)
- Ekizian, S., Lucero, A., Parlato-Oliveira, E. & Laznik, M-C. (2017). Bébés à risque d'autisme. L'approche psychanalytique en France et au Brésil. *Psychologues et Psychologies*, 248, 41-45.
- Emde, R., Gaensbauer, J. J., & Harmon, R. J. (1976). Emotional expression in infancy. *Psychological Issues Monographs*, 10(1), 1-200. PMID: 959439
- Fabre-Grenet, M. (2018). L'échelle d'évaluation du comportement néonatal ou échelle de Brazelton : la NBAS. *Devenir*, 30(3), 209-224. <https://doi.org/10.3917/dev.183.0209>
- Farran, D. C., Kasari, C., Comfort, M., & Jay, S. (1986). *Parent/Caregiver involvement scale*. University of North Carolina. [Échelle non publiée]
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3), 329–354. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Ferenczi, S. (1909). *Transfert et introjection*. Payot, 2013.
- Fernald, A. & Kuhl, P. (1987). Acoustic Determinants of Infant Preference for Motherese Speech. *Infant Behavior and Development*, 10, 279-293. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(87\)90017-8](https://doi.org/10.1016/0163-6383(87)90017-8)
- Fernald, A. & Simon, T. (1984). Expanded intonation contours in mother's speech to newborns. *Developmental Psychology*, 20(1), 104-113. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.20.1.104>
- Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior and Development*, 8(2), 181-195. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(85\)80005-9](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(85)80005-9)
- Fernald, A., Taeschner, T., Dunn, J., Papousek, M., de Boysson-Bardies, B. & Fukui, I. (1989). A cross-language study of prosodic modifications in mothers' and fathers' speech to preverbal infants. *Journal of Child Language*, 16(3):477-501. <https://doi.org/10.1017/s0305000900010679>

- Field, T. M., Cohen, D., Garcia, R., & Greenberg, R. (1984). Mother-stranger face discrimination by the newborn. *Infant Behavior & Development*, 7(1), 19-25. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(84\)80019-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(84)80019-3)
- Filippa, M., Gratier, M., Devouche, E., & Grandjean, D. (2018). Changes in infant-direct speech and song related to preterm infant facial expression in the neonate intensive care. *Interactions Studies*, 19(3), 427-444. <https://doi.org/10.1075/is.16019.fil>
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Calkins, S. D., & Schmidt, L. A. (2001). Continuity and Discontinuity of Behavioral Inhibition and Exuberance : Psychophysiological and Behavioral Influences Across the First Four Years of Life. *Child Development*, 72(1), 1-21. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00262>
- Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie (Entwurf einer Psychologie)* (Trad. par S. Hommel, J. Le Troquer, A. Liégeon & F. Samson). Érès, 2011.
- Freud, S. (1904-1919). *La technique psychanalytique*, PUF, 1953.
- Freud, S. (1905). Dora. Fragment d'une analyse d'hystérie. Dans *Cinq psychanalyses* (pp. 7-141). PUF, 2010.
- Freud, S. (1905). *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*. Gallimard, 1992.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard, 1987.
- Freud, S. (1912). Sur la dynamique du transfert. Dans *L'amour de transfert* (pp. 63-81). Payot & Rivages, 2017.
- Freud, S. (1912b). Conseils aux médecins pour le traitement psychanalytique. Dans *L'amour de transfert* (pp. 83-101). Payot & Rivages, 2017.
- Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. Dans *Métapsychologie* (pp. 11-43). Gallimard, 1968.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (pp. 47-128). Payot & Rivages, 2001.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. PUF, 1956.
- Frodl, T., Reinhold, E., Koutsouleris, N., Reiser, M., & Meisenzahl, E. M. (2010). Interaction of childhood stress with hippocampus and prefrontal cortex volume reduction in major depression. *Journal of Psychiatry Research*, 44(13), 799-807. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.006>
- Gerstenberg, F. (2012). Sensory-Processing Sensitivity Predicts Performance on a Visual Search Task Followed by an Increase in Perceived Stress. *Personality and Individual Differences*, 53(4), 496-500. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.019>

- Giacobino, A. (2018). *Peut-on se libérer de ses gènes ? L'épigénétique*. Stock.
- Ginsburg, G. P., & Kilbourne, B. K. (1988). Emergence of vocal alternation in mother-infant interchanges. *Journal of Child Language*, 15, 221-235. <https://doi.org/10.1017/s0305000900012344>
- Golse, B. (2011). Y a-t-il une place pour l'échographie dans le suivi d'une grossesse normale ? Dans M. Soulé (Ed.), *L'échographie de la grossesse : Promesses et vertiges* (pp. 243-252). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.soule.2011.01.0243>
- Golse, B. (2014). Les psychothérapies conjointes parent(s)-bébé. Vers une métapsychologie de la triade et une topique intersubjective ? Dans M. Boubli (Dir.) *Le bébé en psychanalyse* (pp. 117-134). PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.boub.2014.01.0117>
- Golse, B. (2020). *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Érès.
- Gopnik, A. (2009). *Le bébé philosophe*. Le Pommier, 2010.
- Gopnik, A., & Meltzoff, A. N. (1994). Minds, bodies, and persons: Young children's understanding of the self and others as reflected in imitation and theory of mind research. In S. T. Parker, R. W. Mitchell, & M. L. Boccia (Eds.), *Self-awareness in animals and humans: Developmental perspectives* (pp. 166–186). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511565526.012>
- Gopnik, A., & Meltzoff, A. N. (1997). *Learning, development, and conceptual change. Words, thoughts, and theories*. The MIT Press.
- Gopnik, A., Meltzoff, A., & Kuhl, P. (1999). *Comment pensent les bébés ?* Le Pommier, 2005.
- Grandin, T. (1995). *Penser en image*. Odile Jacob, 1997.
- Gratier, G., Devouche, E., Guellai, B., Infanti, R., Yilmaz, E., & Parlato-Oliveira, E. (2015). Early development of turn-taking in vocal interaction between mothers and infants. *Frontiers in Psychology*, 6, 1167. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01167>
- Gratier, M. (2007). Les rythmes de l'intersubjectivité. *Spirale*, 44(4), 47-57. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0047>
- Gray P. B., & Anderson, K. G. (2015). Le rôle du père auprès de l'enfant. Dans R.E. Tremblay, M. Boivin, R. Peters, & J. L. Roopnarine (Éds). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. <http://www.enfant-encyclopedie.com/pere-paternite/selon-experts/le-role-du-pere-aupres-de-lenfant>
- Green, J., Charman, T., Pickels, A., Wan, M. W., Elsabbagh, M., Slonims, V., Taylor, C., McNally, J., Booth, R., Gliga, T., Jones, E. J. H., Harrop, C., Bedford, R., Johnson, M. H., &

- The BASIS Team (2015)*. Parent-mediated intervention versus no intervention for infants at high risk of autism: a parallel, single-blind, randomised trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(2), 133-140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00091-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00091-1)
- Green, J., Pickles, A., Pasco, G., Bedford, R., Wan, M. W., Elsabbagh, M., Slonims, V., Gliga, T., Jones, E., Cheung, C., Charman, T., Johnson, M., & the BASIS Team (2017). Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(12), 1330-1340. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12728>
 - Green, J., Wai Wan, M., Guiraud, J., Holsgrove, S., McNally, J., Slonims, V., Elsabbagh, M., Charman, T., Pickles, A., Johnson, M., & the BASIS Team (2013). Intervention for infants at risk of developing autism: a case series. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2502-2514. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1797-8>
 - Greenspan, S. I., & Lieberman, A. F. (1980). Infants, mothers and their interactions. A quantitative clinical approach to developmental assessment. In S. I. Greenspan et G. H. Pollock (Dir.), *The Course of Life, Vol. I. Infancy and Early Childhood* (pp. 271-310). Department of Health and Human Service.
 - Gressens, P. (2015). Protéger le cerveau en comprenant et mobilisant ses capacités de plasticité. *Motricité cérébrale*, 36(3), 98-101. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2015.04.002>
 - Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575. <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>
 - Guédeney, A., Charron, J., Delour, M., & Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *La psychiatrie de l'enfant*, 44(1), 211-231. <https://doi.org/10.3917/psy.441.0211>
 - Guédeney, A., Dumond, C., Grasso, F., & Starakis, N. (2004). Comportement de retrait relationnel du jeune enfant Du concept à l'outil diagnostique. *Médecine/sciences*, 20(11), 1046-1049. <https://doi.org/10.1051/medsci/200420111046>
 - Guedeney, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 516-531. <https://doi.org/10.1002/imhj.21412>
 - Gueguen, C. (2014). *Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*. Robert Laffont.

- Haag, G. (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. Dans *Le Moi corporel. Autisme et développement* (pp. 25-48). PUF, 2018.
- Haag, G. (1988). Le dos, la Présence d'arrière-plan, le regard et la peau. Dans *Le Moi corporel. Autisme et développement* (pp. 69-91). PUF, 2018.
- Haag, G. (1997). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. Dans *Le Moi corporel. Autisme et développement* (pp. 325-348). PUF, 2018.
- Hadders-Algra, M. (2003). Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourrisson. *Enfance*, 55(1), 13-22. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0013>
- Harkness, S., Super, C. M., & Van Tijen, N. (2000). Individualism and the “Western Mind” reconsidered: American and dutch parents' ethnotheories of the child. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2000(87), 23-39. <https://doi.org/10.1002/cd.23220008704>
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673–685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Hayat, T. T. A., Martinez-Biarge, M., Kyriakopoulou, V., Hajnal, J. V., & Rutherford, M. A. (2018). Neurodevelopmental Correlates of Fetal Motor Behavior Assessed Using Cine MR Imaging, *American Journal of Neuro-radiology*, 39(8), 1519-1522. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A5694>
- Heijmans, B. T., Tobi, E. W., Stein, A. D., Putter, H., Blauw, G. J., Susser, E. S., Slagboom, P. E., & Lumey, L. H. (2008). Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(44), 17046-17049. <https://doi.org/10.1073/pnas.0806560105>
- Hiroto D. S., & Seligman, M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 311-327. <http://doi.org/10.1037/h0076270>
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 102(2), 187–193. <https://doi.org/10.1037/h0035910>
- Holliday, R. (1994). Epigenetics: an overview. *Developmental Genetics*, 15(6), 453-457. <https://doi.org/10.1002/dvg.1020150602>
- Homère (s. d.) L’Odyssée. Gallimard, 1956.
- Ho-Shing, O., & Dulac, C. (2019). Influences of genomic imprinting on brain function and behavior. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 25, 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.08.008>

- Hubel, D. H., & Wiesel, T. N. (1965). Receptive fields and functional architecture in two nonstriate visual areas (18 and 19) of the cat. *Journal of Neurophysiology*, 28(2), 229-289. <https://doi.org/10.1152/jn.1965.28.2.229>
- Hubel, D. H., & Wiesel, T. N. (1970). The period of susceptibility to the physiological effects of unilateral eye closure in kittens. *Journal of Neurophysiology*, 206(2), 419-436. <https://doi.org/10.1113/jphysiol.1970.sp009022>
- Hutt, C., & Ounsted, C. (1966). The biological significance of gaze aversion with particular reference to the syndrome of infantile autism. *Behavioral Science*, 11(5), 346–356. <https://doi.org/10.1002/bs.3830110504>
- Huttenlocher, P. R. & De Courten, C. (1987). The development of synapses in striate cortex of man. *Human Neurobiology*, 6(1), 1-9. PMID: 3583840
- Huttenlocher, P. R. (1979). Synaptic density in human frontal cortex - developmental changes and effects of aging. *Brain Research*, 163(2), 195-205. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(79\)90349-4](https://doi.org/10.1016/0006-8993(79)90349-4)
- Huttenlocher, P. R. (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychologia*, 28(6), 517-527. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(90\)90031-i](https://doi.org/10.1016/0028-3932(90)90031-i)
- Huttenlocher, P. R. (1994). Synaptogenesis, synapse elimination, and neural plasticity in human cerebral cortex. In C. A. Nelson (Ed.), *The Minnesota symposia on child psychology, Vol. 27, Threats to optimal development: Integrating biological, psychological, and social risk factors* (pp. 35–54). Lawrence Erlbaum Associates.
- Iacoboni, M. (2008). *Mirroring People : The New Science of How We Connect with Others*. Farrar Straus Giroux.
- Icasiano, F., Hewson, P., Machet, P., Cooper, C., & Marshall, A. (2004). Childhood autism spectrum disorder in the Barwon region: a community based study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40(12), 696-701. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2004.00513.x>
- Iverson, P., & Kuhl, P. K. (1995). Mapping the perceptual magnet effect for speech using signal detection theory and multidimensional scaling. *Journal of the Acoustical Society of America*, 97(1), 553-562. <https://doi.org/10.1121/1.412280>
- Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T., & Weng, X. (2011). Sensory Processing Sensitivity and Neural Responses to Changes in Visual Scenes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(1), 38-47. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq001>
- Jedema, H. P., Gianaros, P. J., Greer, P. J., Kerr, D. D., Liu, S., Higley, J. D., Suomi, S. J., Olsen, A. S., Porter, J. N., Lopresti, B. J., Hariri, A. R., & Bradberry, C. W. (2010). Cognitive

- impact of genetic variation of the serotonin transporter in primates is associated with differences in brain morphology rather than serotonin neurotransmission. *Molecular Psychiatry*, 15(5), 512-522. <https://doi/10.1038/mp.2009.90>
- Jones, E. J. H., & Johnson, M. H. (2016). A revolution for the at-risk. *The Psychologist*, 29(12), 912-916. ISSN 0952-8229.
 - Jones, E. J. H., Dawson, G., Kelly, J., Estes, A., & Webb, S. J. (2017). Parent-Delivered Early Intervention in Infants at Risk for ASD: Effects on Electrophysiological and Habituation Measures of Social Attention. *Autism Research*, 10(5), 961-972. <https://doi.org/10.1002/aur.1754>
 - Jones, W., & Klin, A. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2-6 month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504(7480), 427-431. <https://doi.org/10.1038/nature12715>
 - Jorde, L. B., Hasstedt, S. J., Ritvo, E. R., Mason-Brothers, A., Freeman, B. J., Pingree, C., McMahon, W. M., Petersen, B., Jenson, W. R., & Mo, A. (1991). Complex segregation analysis of autism. *American Journal of Human Genetics*, 49(5), 932-938. PMID: 1928098
 - Kagan, J. (1994). *Galen's Prophecy*. Basic Books.
 - Kagan, J. (2000). *La Part de l'inné : tempérament et nature humaine*. Bayard.
 - Kandel, E. (2006). *À la recherche de la mémoire. Une nouvelle théorie de l'esprit*. Odile Jacob, 2007.
 - Kandel, E. R. (2002). Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, 67(1), 12-39. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(02\)00104-4](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(02)00104-4) [Article original : Kandel, E. R. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457-469. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.457>]
 - Kandel, E. R. (2002b). La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. *L'Évolution Psychiatrique*, 67(1), 40-82. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(02\)00105-6](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(02)00105-6) [Article original : Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 505-524. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.4.505>]
 - Kellman, P. J., & Banks, M. S. (1998). Infant visual perception. In W. Damon, D. Kuhn, & R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 2* (pp. 103-146). Wiley.

- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 27-35. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00013>
- Kleinman, J. M., Robins, D. L., Ventola, P. E., Pandey, J., Boorstein, H. C., Esser, E. L., Wilson, L. B., Rosenthal, M. A., Sutera, S., Verbalis, A. D., Barton, M., Hodgson, S., Green, J., Dumont-Mathieu, T., Volkmar, F., Chawarska, K., Klin, A., & Fein, D. (2008). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 827-839. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0450-9>
- Koegel, L. K., Singh, A., K., Koegel, R. L., Hollingsworth, J. R., & Bradshaw, J. (2014). Assessing and Improving Early Social Engagement in Infants. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 16(2), 69-80. <https://doi.org/10.1177/1098300713482977>
- Kohl, J., & Dulac, C. (2018). Neural control of parental behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*, 49, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2018.02.002>
- Kohn, A. (2005). *Unconditional parenting. Moving from Rewards And Punishments to Love And Reason*. Atria Books.
- Korosi, A. (2012). Early-life stress mediated modulation of adult neurogenesis and behavior. *Behavioural Brain Research*, 227(2), 400-409. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2011.07.037>
- Kreisler, L., & Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 24(1), 223-263.
- Kuhl, P. K. (1985). Categorization of speech by infants. In J. Mehler & R. Fox (Dirs.), *Neonate cognition : Beyond the blooming buzzing confusion* (pp. 213-262). Erlbaum.
- Kuhl, P. K. (1991). Human adults and human infants show a “perceptual magnet effect” for the prototypes of speech categories, monkeys do not. *Perception and Psychophysics*, 50, 93-107. <https://doi.org/10.3758/BF03212211>
- Kuhl, P. K. (1994). Learning and representation in speech and language. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 812-822. [https://doi.org/10.1016/0959-4388\(94\)90128-7](https://doi.org/10.1016/0959-4388(94)90128-7)
- Kuhl, P. K. (1998). The Development of speech and language. In T. J. Carew, R. Menzel, & C. J. Shatz (Eds.), *Mechanistic relationships between development and learning* (pp. 53-73). Wiley.
- Kuhl, P. K. (2010). Brain mechanisms in early language acquisition. *Neuron*, 67(5), 713-727. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.038>

- Kuhl, P. K. (2016). Le bébé, un linguiste en herbe. *Pour la science*, 465. <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/le-bebe-un-linguiste-en-herbe-9145.php>
- Kuhl, P. K., & Iverson, P. (1995). Linguistic experience and the “perception magnet effect”. In W. Strange (Ed.), *Speech perception and linguistic experience : issues in cross-language research* (pp. 121-154). York Press.
- Kuhl, P. K., & Meltzoff, A. N. (1982). The bimodal perception of speech in infancy. *Science*, 218(4577), 1138-1141. <https://doi.org/10.1126/science.7146899>
- Kuhl, P. K., Coffey-Corina, S., Padden, D., Munson, J., Estes, A., & Dawson, G. (2013). Brain responses to words in 2-year-olds with autism predict developmental outcomes at age 6. *PLoS ONE*, 8(5), e64967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064967>
- Kuhl, P. K., Williams, K. A., Lacerda, F., Stevens, K. N., & Lindblom, B. (1992). Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science*, 255(5044), 606-608. <https://doi.org/10.1126/science.1736364>
- Kuhl, P. K. (2014). Early language learning and the social brain. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, 79, 211-220. <https://doi.org/10.1101/sqb.2014.79.024802>
- Kundakovic, M., Lim, S., Gudsnuk, K., & Champagne, F. A. (2013). Sex-specific and strain-dependent effects on early life adversity on behavioral and epigenetic outcomes. *Front Psychiatry*, 4, 78-78. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00078>
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Fischer Bernardino, L. M., Wanderley, D., Schmidtbauer Barbosa Rocha, P., Molina, S. E., Martins Sales, L., Stellin, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 13(1), 31-52. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003>
- Kupiec, J.-J., & Sonigo, P. (2000). Ni dieu ni gène : pour une autre théorie de l’hérédité. Le Seuil.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Dans *Ecrits I* (pp. 92-99). Le Seuil, 1999.
- Lacan, J. (1960-1961). *Séminaire, Livre VIII, Le transfert*. Le Seuil, 1991.
- Lacan, J. (1964). *Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Le Seuil, 1973.
- Lalova, I. (2011). Les « Points forts » : un travail de prévention pour accompagner la croissance psychique de l'enfant. Dans D. Candilis-Huisman (Éd.), *T. Berry Brazelton : Ce que nous apprennent les bébés* (pp. 155-168). Érès.

- Lamour, M., & Kukucka, N. (1989). Contingence de la mère et contingence du nourrisson. Dans S. Lebovici, P. Mazet & J-P. Visier (Dir.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 237-254). Eshel.
- Lauritsen, M. B., Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2005). Effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: a nationwide register-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 963-971. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00391.x>
- Lausberg, H., & Sloetjes, H. (2009). Coding gestural behavior with the NEUROGES-ELAN system. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 41(3), 841-849. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.3.841>
- Laznik, M-C. (2000). La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme. *La célibataire*, 67-78. https://laznik.fr/wp-content/uploads/2014/12/La_theorie_lacanianne_de_la_pulsion_permettrait_de_faire_avancer_la_recherche_sur_l_autisme.pdf
- Laznik, M-C. (2000b). Des psychanalystes qui travaillent en santé publique. *Le Bulletin Freudien*, 34, 89-108. <https://laznik.fr/wp-content/uploads/2015/01/Des-psychanalystes-en-sant%C3%A9-publique.pdf>
- Laznik, M-C. (2004). Traitement conjoint mère-bébé, chez un bébé de trois mois et demi, présentant des clignotants de risque d'autisme. Dans G. Crespin (Dir.), *Cahiers de PréAut n°1, Aspects cliniques et pratiques de la prévention de l'autisme* (pp. 103-112). L'Harmattan.
- Laznik, M-C. (2005). Marine : Sidération et lumière, la voix dans le traitement d'un enfant de quinze mois. Dans G. Crespin (Dir.), *Cahiers de PréAut n°2, Psychanalyse et neuroscience face à la clinique de l'autisme et du bébé* (pp. 127-145). L'Harmattan.
- Laznik, M-C. (2006). PREAUT : Une recherche et une clinique du très précoce. Comment passer de ces bébés qui troublent leurs parents à des petits qui auraient plaisir à s'amuser avec eux. *Contraste*, 25(2), 53-81. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0053>
- Laznik, M-C. (2007). La prosodie avec les bébés à risque d'autisme : clinique et recherche. « Marine » lors de sa rechute à 15 mois. Dans B. Touati, F. Joly & M-C. Laznik (Dirs.), *Langage, voix et parole dans l'autisme* (pp. 181-215). PUF.
- Laznik, M-C. (2010). Bébé à risque d'autisme en traitement conjoint : vise-t-on la réversibilité totale ? Dans A. Braconnier, C. Bonnet & C. Chiland (Dir.), *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie* (pp. 197-214). Érès.

- Laznik, M-C. (2013). Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme. *Cahiers de PréAut n°10, La voix, des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique* (pp. 23-78). Érès.
- Laznik, M-C. (2014). Empathie émotionnelle et autisme. Dans M-D. Amy (Dir.), *Autismes et psychanalyses – Evolution des pratiques, recherches et articulations* (pp. 369-393). Érès.
- Laznik, M-C. (2018). Carole, un bébé à haut risque. *Enfances & Psy*, 80(4), 85-96. <https://doi.org/10.3917/ep.080.0085>
- Laznik, M-C. (2018b). Traitement conjoint d'un bébé avec sa mère de 4 mois à 2 ans. Dans M-D. Amy (Éd.), *Construction et partage du monde interne. Autismes et psychanalyses - III* (pp. 45-82). Érès.
- Laznik, M-C. (2020). Comment les difficultés de la motricité du nourrisson peuvent mettre en échec les premières organisations signifiantes avec son Prochain Secourable. *Journal français de psychiatrie*, 1(1), 10-14. <https://doi.org/10.3917/jfp.049.0010>
- Laznik, M-C., & Chauvet, M. (2016). Traitement psychanalytique d'un bébé de 3 mois à risque d'autisme et sa prise en charge concomitante en sensori-motricité. Dans M-D. Amy (Dir.), *Autismes : spécificités des pratiques psychanalytiques. Autismes et psychanalyses - II* (pp. 165-198). Érès.
- Laznik, M-C., & Saint-Georges, C. (2018). Dépister le risque d'autisme chez les bébés de quelques mois pourrait-il permettre de transformer le pronostic ? La grille PREAUT, son origine et ses applications. *Enfances & Psy*, 80(4), 74-84. <https://doi.org/10.3917/ep.080.0074>
- Laznik, M-C., Pélabon, C., & Chauvet, M. (2018). Comment éviter un autisme syndromique : Prise en charge transdisciplinaire d'un bébé entre 3 mois et 5 ans. *Le Journal des psychologues*, 353(1), 23-29. <https://doi.org/10.3917/jdp.353.0023>
- Laznik, M-C., Maestro, S., Muratori, F., & Parlato, E. (2005). Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. Dans M-F. Castarède (Éd.), *Au commencement était la voix* (pp. 169-181). Érès.
- Lebovici, S. (1997). L'arbre de vie. Dans B. Cramer (Éd.), *Transmettre la vie* (pp. 11-40). Érès.
- Lebovici, S., & Mazet, P. (1989). À propos de l'évaluation des interactions fantasmatiques. Dans S. Lebovici, P. Mazet & J-P. Visier (Dir.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 217-236). Eshel.

- Lebovici, S., & Stoléru, S. (1983). Pour introduire l'étude des interactions fantasmatiques. Dans *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces* (pp. 301-316). Le Centurion, éd. revue et augmentée Bayard, 2003.
- Lehmann, J-P. (2007). Holding et Handling. Dans *La clinique analytique de Winnicott. De la position dépressive aux états-limites* (pp. 170-206). Érès.
- Lehmann, J-P. (2009). *Comprendre Winnicott*. Armand Colin.
- Leidy, M. S., Schofield, T. J., & Parke, R. D. (2002). Fathers' contributions to children's social development. In N. J. Cabrera & C. S. Tamis-Lemonda (Eds.), *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (pp. 151-167), 2013.
- Lestienne, S. & Lotstra, F. (2009). Neuroplasticité et inconscient, sujets d'articulation entre psychanalyse et neurosciences. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 35-45. <https://doi.org/10.3917/ctf.043.0035>
- Lev-Enacab, O., Sher-Censor, E., Einspieler, C, Daube-Fishman, G., & Beni-Shrem, S. (2015). The quality of spontaneous movements of preterm infants: Association with the quality of mother-infant interaction, *Infancy*, 20(6), 634-660. <https://doi.org/10.1111/infa.12096>
- Lewis, M., & Rosenblum, L. (Eds.). (1974). *The Effect of the Infant on Its Caregiver*. Wiley.
- Li, Y., & Dulac, C. (2018). Neural coding of sex-specific social information in the mouse brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 53, 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2018.07.005>
- Li, Y., Mathis, A., Grewe, B. F., Osterhout, J. A., Ahanonu, B., Schnitzer, M. J., Murthy, V. N., & Dulac, C. (2017). Neuronal Representation of Social Information in the Medial Amygdala of Awake Behaving Mice. *Cell Reports*, 17(5), 1176-1190. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2017.10.015>
- Licht, C., Mortensen, E. L., & Knudsen, G. M. (2011). Association Between Sensory Processing Sensitivity and the Serotonin Transporter Polymorphism 5-HTTLPR Short/Short Genotype. *Biological Psychiatry*, 69, 152-153.
- Lionetti, F., Aron, A., Aron, E. N., Burns, G. L., Jagiellowicz, J. & Pluess, M. (2018). Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational Psychiatry*, 8(24). <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0090-6>
- Lipsitt, L. P. (1969). Learning capacities of the human infant. In R. J. Robinson (Ed.), *Brain and early behaviour* (pp. 227-249). Academic Press.

- Lipsitt, L. P., & Werner, J. S. (1981). The infancy of human learning processes. In E.S. Gollin (Ed.), *Developmental plasticity* (pp. 101-134). Academic Press.
- Llabador, G. (2018). La thérapie d'Hélène et/avec la caméra. Dans H. Bentata, C. Ferron & M-C. Laznik (Eds.), *Le bébé dans tous ses états* (pp. 79-86). Érès.
- Loomes, R., Hull, L., Polmear, W., & Mandy, L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook Jr, E. H., Leventhal, B. L., Dilavore, P. C., Pickles, A., & Rutter, M. (2000). The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223. PMID: 11055457
- Luef, E. M., & Liebal, K. (2012). Infant-Directed Communication in Lowland Gorillas (*Gorilla gorilla*): Do Older Animals Scaffold Communicative Competence in Infants? *American Journal of Primatology*, 74(9), 841-852. <https://doi.org/10.1002/ajp.22039>
- Macfarlane, A. (1975). Olfaction in the Development of Social Preferences in the Human Neonate. In R. Porter & M. O'Connor (Eds.), *Parent-Infant Interaction* (pp. 103-117). Wiley, 2009.
- Mahdhaoui, A., Chetouani, M., Cassel, R. S., Saint-Georges, C., Parlato, E., Laznik, M-C., Apicella, F., Muratori, F., Maestro, S., & Cohen, D. (2011). Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(1), 6-18. <https://doi.org/10.1002/mpr.332>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Mazet, P., Cukier-Hemeury, F., Latoch, J., Rosenblum, O., & Sitbon, H. (1989). Étude historique et critique. Dans S. Lebovici, P. Mazet & J-P. Visier (Dir.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 15-39). Eshel.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Undergoing the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3), 174-185. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071>
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2011). Introduction to social neuroscience: Gene, environment, brain, body. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), VII-IX. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06154.x>
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348. <https://doi.org/10.1038/nn.2270>
- McWayne, C., Downer, J. T., Campos, R., & Harris, R. D. (2013). Father involvement during early childhood and its association with children's early learning: A meta-analysis. *Early Education & Development*, 24(6), 898-922. <https://doi.org/10.1080/10409289.2013.746932>
- Mead, M. (1955). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Plon, 1969.
- Mehler, J. & Dupoux, E. (1990). *Naître humain*. Odile Jacob, 2006.
- Mehler, J., Jusczyk, P., Lambertz, G., Halsted, N., Bertoncini, J., & Amiel-Tison, C. (1988). A precursor of language acquisition in young infants. *Cognition*, 29(2), 143-178. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(88\)90035-2](https://doi.org/10.1016/0010-0277(88)90035-2)
- Meltzoff, A. N., & Borton, R. W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282(5737), 403-404. <https://doi.org/10.1038/282403a0>
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1995). Infants' understanding of people and things: from body imitation to folk psychology. In J. Bermúdez, A. J. Marcel & N. Eilan (Eds.), *Body and the Self* (pp. 43-69). MIT Press.
- Meltzoff, A. N., & Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: perspectives from autism* (pp. 335-366). Oxford University Press.
- Mervis, C. B., & Pani, J. R. (1980). Acquisition of basic object categories. *Cognitive Psychology*, 12(4), 496-522. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(80\)90018-3](https://doi.org/10.1016/0010-0285(80)90018-3)
- Mervis, C. B., & Rosch, E. (1981). Categorization of natural objects. *Annual Review of Psychology*, 32, 89-115. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.32.020181.000513>

- Merzenich, M. M., Jenkins, W. M., Johnston, P., Schreiner, C., Miller, S. L., & Tallal, P. (1996). Temporal processing deficits of language-learning impaired children ameliorated by training. *Science*, 271(5245), 77-81. <https://doi.org/10.1126/science.271.5245.77>
- Mesquita, M., & Bidaud, E. (2013). Autisme : une rencontre avec un « visage brisé ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(7-8), 395-399. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.09.001>
- Missonnier, S. (2004). La relation d'objet virtuel et la parentalité ingénue. *Adolescence*, 22(1), 119-131.
- Moon, C., & Fifer, W. (2020). The fetus: Evidence of transnatal auditory learning. *Journal of Perinatology*, 20, 36-43. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200448>
- Moon, C., Cooper, R., & Fifer, W. (1993). Two-day-olds prefer their native language. *Infant Behavior and Development*, 16, 495-500. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(93\)80007-U](https://doi.org/10.1016/0163-6383(93)80007-U)
- Morales, M., Mundy, P., & Rojas, J. (1998). Following the direction of gaze and language development in 6-month-olds. *Infant Behavior and Development*, 21, 373-377. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(98\)90014-5](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(98)90014-5)
- Mottron, L., & Belleville, S. (1998). L'hypothèse perceptive visuelle dans l'autisme. *Psychologie Française*, 43(2), 135-145.
- Mottron, L., & Burack, J. A. (2012). Caractéristiques sensorielles, motrices et attentionnelles des enfants autistes. Dans R. E., Tremblay, M. Boivin, R. Peters, M. Elsabbagh & M. E. Clarke (Éds.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. <http://www.enfant-encyclopedie.com/autisme/selon-experts/caracteristiques-sensorielles-motrices-et-attentionnelles-des-enfants-autistes>
- Mullen, E. M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*. American Guidance Service.
- Munnich, A. (2016). *Programmé mais libre – Les malentendus de la génétique*. Plon.
- Muratori, F., Apicella, F., & Maestro, S. (2016). Corps et motricité comme véhicule ou obstacle pour le développement de l'intersubjectivité chez les bébés devenus autistes. Dans F. Joly & P. Delion (Dir.), *L'enfant autiste et son corps. Une approche psychomotrice de l'autisme infantile* (pp. 135-154.). In Press.
- Muratori, F., Apicella, F., Muratori, P., & Maestro, S. (2011). Intersubjective disruptions and caregiver-infant interaction in early Autistic Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 408–417. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.003>

- Muratori, F., Maestro, S. & Laznik, M-C. (2005). Les interactions sonores dans le contexte de la recherche sur l'autisme à partir de films familiaux. Dans M-F. Castarède (Éd.), *Au commencement était la voix* (pp. 183-189). Érès.
- Nelson, C. (1987). The Recognition of Facial Expressions in the First Two Years of Life: Mechanisms of Development. *Child Development*, 58(4), 889-909. <https://doi.org/10.2307/1130530>
- Nettle, D. (2008). Why do some dads get more involved than others? Evidence from a large British cohort. *Evolution and Human Behavior*, 29(6), 416-423. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2008.06.002>
- Niedenthal, P., Mermillod, M., Maringer, M., & Hess, U. (2010). The Simulation of Smiles (SIMS) model: Embodied simulation and the meaning of facial expression. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(6), 417-480. <https://doi.org/10.1017/S0140525X10000865>
- Nygaard, L. C., & Pisoni, D. B. (1995). Speech perception: New directions in research and theory. In J. L. Miller & P. D. Eimas (Eds.), *Handbook of perception and cognition (2nd ed.)*, Vol. 11, *Speech, language, and communication* (p. 63–96). Academic Press.
- Oberman, L., Winkielman, P., & Ramachandran, V. (2007). Face to face: Blocking facial mimicry can selectively impair recognition of emotional expressions. *Social Neuroscience*, 2 (3-4), 167-178. <https://doi.org/10.1080/17470910701391943>
- Olliac, B., Crespín, G., Laznik, M-C., Cherif Idrissi El Ganouni, O., Sarradet, J-L., Bauby, C., Dandres, A-M., Ruiz, E., Bursztejn, C., Xavier, J., Falissard, B., Bodeau, N., Cohen, D., & Saint-Georges, C. (2017). Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE*, 12(12), e0188831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>
- Ouss, L., Saint-Georges, C., Robel, L., Bodeau, N., Laznik, M-C., Crespín, G., Chetouani, M., Bursztejn, C., Golse, B., Nabbout, R., Desguerre, I., & Cohen, D. (2014). Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 143–149. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0430-x>
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(1), 28-33. <http://doi.org/10.1037/h0024166>
- Ozonoff, S., Young, G. S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L. J., Constantino, J. N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J. M., Landa,

- R., Rogers, S. J., Sigman, M., & Stone, W. L. (2011). Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorder: “A Baby Siblings Research Consortium Study”, *Pediatrics*, 488-495, <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2825>
- Papoušek, H. (1969). Individual variability in learned responses in human infants. In R. J. Robinson (Dir.), *Brain and Early Behavior* (pp. 251-266). Academic Press.
 - Papoušek, H., & Papoušek, M. (1984). Learning and cognition in the everyday life of human infants. In J. S. Rosenblum, C. Beer, M-C. Busnel, & P. J. B. Slater (Eds.), *Advances in the Study of Behavior, Vol. 14* (pp. 127-163). Academic Press.
 - Parlato de Oliveira, E., & Saint-Georges, C. (2018). De la clinique du bébé à l'évaluation du traitement : Micro-analyse d'une cohorte, entre psychanalyse et transdisciplinarité. *Enfances & Psy*, 80(4), 97-102. <https://doi.org/10.3917/ep.080.0097>
 - Parlato-Oliveira, E. (2019). *Saberes do bebê*. Instituto Langage.
 - Parlato-Oliveira, E., Saint-Georges, C., Cohen, D., Pellerin, H., Marques Pereira, I., Fouillet, C., Chetouani, M., Dommergues, M., & Viaux-Savelon, S. (2021, à paraître). “Motherese” prosody in fetal-directed speech: an exploratory study using automatic social signal processing. Running title : Automatic detection of fetal-directed speech. *Frontiers*. [Article soumis pour publication]
 - Pascalis, O., De Schonen, S., Morton, J., Deruelle, C., & Grenet, M. (1995). Mother's face recognition by neonates: A replication and an extension. *Infant Behavior and Development*, 18(1), 79-85. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(95\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0163-6383(95)90009-8)
 - Pereira Machado, N., Oliveira Alves, R., Ribeiro do Nascimento, C., Moreira Lucena, A., Reis Ferreira, P., Parlato-Oliveira, E., & Alves da Silva Carvalho, S. (2013). Investigação do reconhecimento do próprio nome em bebês de 4 a 5 meses: estudo piloto. *Revista CEFAC*, 15(5), 1080-1087. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013000500004>
 - Perrault, C. (1697). La Belle au Bois dormant. Dans *Légendes et contes. Contes de Perrault* (pp. 30-40). Gründ, 1978.
 - Persais, E. (2004). Les compétences relationnelles peuvent-elles s'avérer stratégiques ? *Revue française de gestion*, 158(1), 119-145. <https://doi.org/10.3166/rfg.148.119-145>
 - Phagava, H., Muratori, F., Einspieler, C., Maestro, S., Apicella, F., Guzzetta, A., Prechtl, H. F. R., & Cioni, G. (2008). General movements in infants with autism spectrum disorders, *Georgian Medical News*, 156, 100-105. PMID: 18403821
 - Piaget, J. (1937). Le développement de la causalité. Dans *La construction du réel chez l'enfant* (pp. 191-279). Delachaux et Niestlé, 1967.

- Pluess, M., & Belsky, J. (2013). Vantage Sensitivity: Individual Differences in Response to Positive Experiences. *Psychological Bulletin*, 139(4), 901-916. <https://doi.org/10.1037/a0030196>
- Porter, R. H., Makin, J. W., Davis, L. B., & Christensen, K. M. (1991). An assessment of the salient olfactory environment of formula-fed infants. *Physiology & Behavior*, 50(5), 907-911. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(91\)90413-I](https://doi.org/10.1016/0031-9384(91)90413-I)
- Prechtl, H. F. R. (1974). The behavioural states of the newborn infant: a review. *Brain Research*, 76, 185-212. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(74\)90454-5](https://doi.org/10.1016/0006-8993(74)90454-5)
- Prechtl, H. F. R. (1990). Qualitative changes of spontaneous movements in fetus and preterm infant are a marker of neuro-logical dysfunction, *Early Human Development*, 23(3), 151-158. [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(90\)90011-7](https://doi.org/10.1016/0378-3782(90)90011-7)
- Prechtl, H. F. R. (2001). General movements assessment as a method of developmental neurology, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(12) 836-842. <https://doi.org/10.1017/s0012162201001529>
- Quinodoz, J-M. (2004). *Lire Freud. Découverte chronologique de l'oeuvre de Freud*. PUF.
- Ramos De Souza, A. P., Roth Von Hoogenstraten, A. M., Marins, L. G. A. D., De Oliveira Martins-Reis, V., & Parlato-Oliveira, E. (2018). Os sinais PREAUT em bebês nascidos pré-termo e a termo: a importância da pontuação intermediária. In D. Wanderley, I. Catão & E. Parlato-Oliveira (Orgs.), *Autismo : Perspectivas atuais de detecção e intervenção clínica* (pp. 101-110). Instituto Langage.
- Reuillard, P. (2009). La préoccupation paternelle... primaire du père suffisamment bon. *Le Journal des psychologues*, 10(10), 51-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.263.0051>
- Rips, L. J. (1975). Inductive judgments about natural categories. *Journal of Verbal Learning & Verbal Behavior*, 14(6), 665-681. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(75\)80055-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(75)80055-7)
- Ritvo, E. R., Jorde, L. B., Mason-Brothers, A., Freeman, B. J., Pingree, C., Jones, M. B., McMahon, W. M., Petersen, P. B., Jenson, W. R., & Mo, A. (1989). The UCLA-University of Utah Epidemiologic survey of autism: recurrence risk estimates and genetic counseling. *American Journal of Psychiatry*, 146(8), 1032-1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.8.1032>
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System, *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996) Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131-141. [https://doi.org/10.1016/0926-6410\(95\)00038-0](https://doi.org/10.1016/0926-6410(95)00038-0)

- Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2013). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, *133*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>
- Rogers, S. J., Vismara, L., Wagner, A. L., McCormick, C., Young, G., & Ozonoff, S. (2014). Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start, a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*, 2981-2995. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2202-y>
- Rosch, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*, *104*(3), 192-233. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.104.3.192>
- Rosenberg, K. R., & Trevathan, W. R. (1995). Bipedalism and Human Birth: The Obstetrical Dilemma Revisited. *Evolutionary Anthropology*, *4*(5), 161-168. <https://doi.org/10.1002/evan.1360040506>
- Rovee-Collier, C. (1990). The “Memory System” of Prelinguistic Infants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *608*(1), 517-542. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1990.tb48908.x>
- Rovee-Collier, C. K., & Gegoski, M. J. (1979). The economics of infancy: A review of conjugate reinforcement. *Advances in Child Development and Behavior*, *13*, 195-255. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(08\)60348-1](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(08)60348-1)
- Rovee-Collier, C. K., & Lipsitt, L. P. (1982). Learning, adaptation, and memory in the newborn. In P. Stratton (Ed.), *Psychobiology of the human newborn* (pp. 147-190). Wiley.
- Rovee-Collier, C. K., Sullivan, M. W., Enright, M. K., Lucas, D., & Fagen, J. W. (1980). Reactivation of infant memory. *Science*, *208*(4448), 1159-I 161. <https://doi.org/10.1126/science.7375924>
- Saint-Georges, C. (2013). La synchronie et le mamanaïs dans les films familiaux peuvent-ils nous éclairer sur la dynamique interactive précoce des bébés futurs autistes avec leurs parents ? *Cahiers de PréAut n°10, La voix, des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique* (pp. 79-114). Érès.
- Saint-Georges, C., Cassel, R. S., Cohen, D., Chetouani, M., Laznik, M-C., Maestro, S. & Muratori, F. (2010). What studies of family home movies can teach us about autistic infants: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*, 355-366. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.10.017>
- Saint-Georges, C., Chetouani, M., Cassel, R., Apicella, F., Mahdhaoui, A., Muratori, F., Laznik, M-C., & Cohen, D. (2013). Motherese in Interaction: At the Cross-Road of Emotion

- and Cognition? (A Systematic Review). *PLoS ONE*, 8(10), e78103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078103>
- Saint-Georges, C., Mahdhaoui, A., Chetouani, M., Cassel, R. S., Laznik, M-C., Apicella, F., Muratori, P., Maestro, S., Muratori, F., & Cohen, D. (2011). Do Parents Recognize Autistic Deviant Behavior Long before Diagnosis? Taking into Account Interaction Using Computational Methods. *PLoS ONE*, 6(7), e22393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022393>
- Sander, L., & Julia, H. (1966). Continuous interactional monitoring in the neonate. *Psychosomatic Medicine*, 28(6), 822-835. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.567.76&rep=rep1&type=pdf>
- Sears, W., & Sears, M. (2001). *The Attachment Parenting Book. A Commonsense Guide to Understanding and Nurturing Your Baby*. Little Brown.
- Seligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9. <http://doi.org/10.1037/h0024514>
- Shatz, C. J. (1990). Competitive interactions between retinal ganglion cells during prenatal development. *Journal of Neurobiology*, 21(1), 197-211. <https://doi.org/10.1002/neu.480210113>
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. Guilford Press.
- Sloetjes, H., & Wittenburg, P. (2008). Annotation by category - ELAN and ISO DCR. In *Proceedings of the LREC 2008, 8th International Conference on Language Resources and Evaluation*. http://www.lrec-conf.org/proceedings/lrec2008/pdf/208_paper.pdf
- Smith, A. (2009). The Empathy Imbalance Hypothesis of Autism: A Theoretical Approach to Cognitive and Emotional Empathy in Autistic Development, *The Psychological Record*, 59, 273–294. <https://doi.org/10.1007/BF03395663>
- Smith-Nielsen, J., Lønfeldt, N., Guedeney, A., & Væver, M. S. (2018). Implementation of the Alarm Distress Baby Scale as a universal screening instrument in primary care: Feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. *International journal of nursing studies*, 79, 104-113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.005>
- Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête. L'enfant imaginaire. Dans T. B. Brazelton, L. Kreisler, R. Shappi & M. Soulé. (Dir.) *La dynamique du nourrisson* (pp. 135-175). ESF.

- Stechler, G., & Carpenter, G. (1967). A viewpoint on early affective development. In J. Hellmuth (Ed.), *Exceptional Infant* (pp. 163-189). Brunner/Mazel.
- Stechler, G., & Latz, E. (1966). Some observations on attention and arousal in the human infant. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 517-525.
- Steiner, A. M., Gengoux, G. W., Klin, A., & Chawarska, K. (2013). Pivotal response treatment for infants at-risk for autism spectrum disorders: a pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 91-102. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1542-8>
- Stern, D. (1977). *Mère-enfant. Les premières relations*. Mardaga, 1981.
- Stern, D. (1983). Le but et la structure du jeu mère-nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, 26(1), 193-216. [Article original : Stern, D. (1974). The goal and structure of mother-infant play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13, 402-421.]
- Stern, D. (1985). *Le Monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. PUF, 2003.
- Stern, D. N. (1983). Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson. Comportements assurant le contact relationnel entre une mère et ses jumeaux âgés de trois mois et demi. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1(26), 217-235. Periodicals Archive Online. [Article original : Stern, M. D. (1971). A Micro-Analysis of Mother-Infant Interaction: Behavior Regulating Social Contact Between a Mother and her 3½-Month-Old Twins. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10(3), 501-517. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61752-0](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61752-0) ; Version complète non disponible en accès libre]
- Stern, D. N. (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. Jacob.
- Stoleru, S. (1997). Obstacles pré-contre-transférentiels lors de l'apprentissage de l'échelle de Brazelton, *Devenir*, 9(4), 43-54.
- Stone, L. J., Smith, H. T., & Murphy, L. B. (Eds.). (1973). *The competent infant: Research and commentary*. Basic Books.
- Strelau, J. (1994). The Concepts of Arousal and Arousability as Used in Temperament Studies, In J. Bates & T. Wachs (Dir.), *Temperament: Individual Differences* (pp. 117-141). American Psychological Association.
- Sumi, S., Tani, H., Miyachi, T., & Tanemura, M. (2006). Sibling risk of pervasive developmental disorder estimated by means of an epidemiologic survey in Nagoya, Japan. *Journal of Human Genetics*, 51(6), 518-522. <https://doi.org/10.1007/s10038-006-0392-7>

- Suomi, S. J. (1987). Genetic and Maternal Contributions to Individual Differences in Rhesus Monkey Biobehavioral Development. In N. Krasnogor, E. M. Blass, M. A. Hofer & W. P. Swothervon (Dirs.), *Psychobiological Aspects of Behavioral Development* (pp. 397-419). Academic Press.
- Suomi, S. J. (1991). Up-tight and Laid-back Monkeys : Individual Differences in the Response to Social Challenges. In S. Brauth, W. Hall & R. Dooling (Dirs.), *Plasticity of Development* (pp. 27-56). MIT Press.
- Suomi, S. J. (1997). Early Determinants of Behaviour : Evidence from Primate Studies. *British Medical Bulletin*, 53(1), 170-184. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011598>
- Szejer, M. (2009). *Si les bébés pouvaient parler*. Bayard.
- Tallal, P. Merzenich, M. M., Miller, S., & Jenkins, W. (1998). Language learning impairments: integrating basic science, technology, and remediation. *Experimental Brain Research*, 123(1-2), 210-219. <https://doi.org/10.1007/s002210050563>
- Tallal, P., Miller, S. L., Bedi, G., Byma, G., Wang, X., Nagarajan, S. S., Schreiner, C., Jenkins, W. M., & Merzenich, M. M. (1996). Language comprehension in language-learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science*, 271(5245), 81-84. <https://doi.org/10.1126/science.271.5245.81>
- Taylor, J. M., & Bergin, C. A. (2019). The parent/caregiver involvement scale – Short form is a valid measure of parenting quality in high-risk families. *Infant Behavior and Development*, 54, 66-79. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.11.002>
- Teboul, R. (1994). *Neuf mois pour être père : Chronique d'une attente*. Calmann-Lévy (programme ReLIRE). <https://doi.org/10.3917/cale.tebou.1994.01>
- Tomasella, S. (2018). *J'aide mon enfant hypersensible à s'épanouir. Du tout-petit à l'adolescent, comment apprivoiser son hypersensibilité*. Leduc.s.
- Trevarthen, C. & Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Dir.) *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language* (pp. 183-229). Academic Press.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginnings of human communication* (pp. 321–347). Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2005). Stepping Away from the Mirror: Pride and Shame in Adventures of Companionship - Reflections on the Nature and Emotional Needs of Infant Intersubjectivity.

- In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 55–84). Boston Review.
- Trevarthen, C. (2019). O bebê nosso professor, poeta e músico. In C. Trevarthen, K. J. Aitken, & M. Gratier (Dir.), *O bebê nosso professor* (pp. 14-24). Instituto Langage.
 - Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : Recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4), 309-428. <https://doi.org/10.3917/dev.034.0309> [Article original : Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3-48. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701>]
 - Tritsch, D., & Mariani, J. (2018). *Ça va pas la tête !* Belin.
 - Tronick, E. Z., & Gianino, A. F. (1986). The transmission of the maternal disturbance to the infant. In E. Z. Tronick & T. M. Field (Dir.), *Maternal depression and infant disturbance* (pp. 5-11). Jossey-Bass.
 - Tustin, F. (1981). *Les états autistiques chez l'enfant*. Le Seuil, 1986.
 - Tustin, F. (1992). *Autisme et protection*. Le Seuil.
 - Tye, C., Bussu, G., Gliga, T., Elsabbagh, M., Pasco, G., Johnsen, K., Charman, T., Jones, E. J. H., Buitelaar, J., Johnson, M. H., & the BASIS Team. (2020). Understanding the nature of face processing in early autism: A prospective study. Preprint Article. <https://doi.org/10.1101/2020.05.06.20092619>
 - Vaivre-Douret L. (2003). *La Qualité de vie du nourrisson*. Odile Jacob.
 - Vasseur, R. (2018). L'observation des mouvements généraux : Sous le regard d'André Bullinger et Véronique Lemaître. Dans M. Dugnat (Ed.), *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)* (pp. 575-577). Érès.
 - Viaux-Savelon, S., Leclere, C., Aidane, E., Bodeau, N., Camon-Senechal, L., Vatageot, S., Feldman, R., & Cohen, D. (2014). Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.11.010>
 - Vidal, C. (2012). La plasticité cérébrale : une révolution en neurobiologie. *Spirale*, 63(3), 17-22. <https://doi.org/10.3917/spi.063.0017>
 - Viodé, C. (2019). Un outil de prévention précoce : le Coding Interactive Behavior. Dans D. Mellier (Dir.), *Quelles psychothérapies pour bébé ?* (pp. 115-131). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.melli.2019.01.0115>

- Vygotski, L. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological process.* Harvard University Press.
- Wachs, T. D. (2013). Relation of maternal personality to perceptions of environmental chaos in the home. *Journal of Environmental Psychology, 34,* 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.11.003>
- Waddington, C. H. (2012). The Epigenotype. *International Journal of Epidemiology, 41(1),* 10-13. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr184> [Article initialement paru : Waddington, C. H. (1942). The Epigenotype. *Endeavour, 1,* 18-20.]
- Walker-Andrews, A. S. (1997). Infants' perception of expressive behaviors: Differentiation of multimodal information. *Psychological Bulletin, 121(3),* 437–456. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.437>
- Wallon, H. (1930). *Les origines du caractère chez l'enfant.* PUF, 1970.
- Walton, G. E., Bower, N. J. A., & Bower, T. G. R. (1992). Recognition of familiar faces by newborns. *Infant Behavior and Development, 15(2),* 265-269. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(92\)80027-R](https://doi.org/10.1016/0163-6383(92)80027-R)
- Wasterlain, A., Alexandre, M. & Gaugue, J. (2017). Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : une revue de littérature des instruments. *Devenir, 29(1),* 45-67. <https://doi.org/10.3917/dev.171.0045>
- Watson, O. M. (1972). Conflicts and Directions in Proxemic Research. *Journal of Communication, 22(4),* 443-459. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1972.tb00167.x>
- Webb, S. J., Jones, E. J. H., Kelly, J., & Dawson, G. (2014) The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology, 16(1),* 36-42. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.861018>
- Weber, R., & Crocker, J. (1983). Cognitive processes in the revision of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology, 45(5),* 961–977. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.5.961>
- Werker, J. (1991). The ontogeny of speech perception. In I. G. Mattingly & M. Studdert-Kennedy (Eds.), *Modularity and the motor theory of speech perception* (pp. 91–109). Lawrence Erlbaum.
- Werker, J. F., & Hensch, T. K. (2015). Critical periods in speech perception: new directions. *Annual Review of Psychology, 66,* 173-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015104>

- Werker, J. F., & Tees, R. C. (1984). Cross-language speech perception: Evidence for perceptual reorganization during the first year of life. *Infant Behavior & Development*, 7(1), 49–63. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(84\)80022-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(84)80022-3)
- Wiesel, T. N., & Hubel, D. H. (1963). Single-cell responses in striate cortex of kittens deprived of vision in one eye. *Journal of Neurophysiology*, 26, 1003-1017. <https://doi.org/10.1152/jn.1963.26.6.1003>
- Winnicott, D. W. (1941). L'observation des jeunes enfants dans une situation établie. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 37-56). Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1944). Le père. Dans *L'enfant et sa famille* (pp. 131-138). Payot & Rivages, 2002.
- Winnicott, D. W. (1945). Le développement affectif primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 57-71). Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1949). Un homme se penche sur la maternité. Dans *L'enfant et sa famille* (pp. 9-13). Payot & Rivages, 2002.
- Winnicott, D. W. (1949b). Le principe vital chez le bébé. Dans *L'enfant et sa famille* (pp. 25-31). Payot & Rivages, 2002.
- Winnicott, D. W. (1949c). Le bébé en tant que personne. Dans *L'enfant et sa famille* (pp. 57-63). Payot & Rivages, 2002. [Article original : Winnicott, D. W. (1949). The Baby as a Going Concern. In *The Child, the Family and the Outside World* (pp. 25-29). Penguin Books, 1991.]
- Winnicott, D. W. (1955-1956). Les formes cliniques du transfert. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 279-284). Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 285-291). Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1960). Le contre-transfert. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 350-357). Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1960b). La théorie de la relation parent-nourrisson. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 358-378). Payot, 1969. [Article original : Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (pp. 37-55). The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965.]

- Winnicott, D. W. (1962). L'enfant en bonne santé et l'enfant en période de crise : quelques propos sur les soins requis. Dans *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement* (pp. 19-30), Payot, 1970.
- Winnicott, D. W. (1963). Élaboration de la capacité de sollicitude. Dans *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement* (pp. 31-42), Payot, 1970.
- Winnicott, D. W. (1966). La mère ordinaire normalement dévouée. Dans *Le bébé et sa mère* (pp. 19-32). Payot, 1992.
- Winnicott, D. W. (1971). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Dans *Jeu et réalité* (pp. 203-214). Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (s. d.). La crainte de l'effondrement. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (pp. 205-216). Gallimard, 2000.
- Wittenburg, P., Brugman, H., Russel, A., Klassmann, A., & Sloetjes, H. (2006). ELAN: a Professional Framework for Multimodality Research. In *Proceedings of LREC 2006, 6th International Conference on Language Resources and Evaluation*. https://www.researchgate.net/publication/228663818_ELAN_A_professional_framework_for_multimodality_research
- Wolf, M., Van Doorn, S., & Weissing, F. J. (2008). Evolutionary Emergence of Responsive and Unresponsive Personalities. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(41), 15825-15830. <https://doi.org/10.1073/pnas.0805473105>
- Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F. & Binder, E. B. (2016). Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry*, 80(5), 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>

Mémoires et thèses

- Beaulieu, A. (2020b). *Le schéma d'extension : un obstacle à l'émergence du champ pulsionnel chez le bébé à risque d'autisme* [Thèse de doctorat inédite, Université de Paris]. Remis par l'auteur.
- Borries, F. (2012). *Do the 'Highly Sensitive' Exist ? A Taxometric Investigation of the Personal Construct of Sensory-Processing Sensitivity*. [Thèse de doctorat, Universität Bielefeld, Allemagne]. [https://www.uni-bielefeld.de/psychologie/abteilung/arbeitsseinheiten/04//HOMEPAGE/ostendorf/Abstracts/Talks/Borries+Ostendorf\(2012\).SENSORY-PROCESSING%20SENSITIVITY%20-%20Poster.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/psychologie/abteilung/arbeitsseinheiten/04//HOMEPAGE/ostendorf/Abstracts/Talks/Borries+Ostendorf(2012).SENSORY-PROCESSING%20SENSITIVITY%20-%20Poster.pdf)

- Broughton, C. (2009). *Measuring Parent-Infant Interaction: the Parent-Infant Relational Assessment Tool (PIRAT)*. [Thèse de doctorat, University College London, Angleterre].
- Hommel, S. D. (2017). *Assessing the Quality of the Parent – Infant Relationship: Reliability and Validity of the Parent - Infant Relational Assessment Tool (PIRAT) Global Scales*. [Thèse de doctorat, University College London, Angleterre]. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10046177/1/Hommel_ID_thesis.pdf
- Jagiellowicz, J. (2012). *The Relationship Between the Temperament Trait of Sensory Processing Sensitivity and Emotional Reactivity*. [Thèse de doctorat, Stony Brook University, États-Unis]. http://dspace.sunyconnect.suny.edu/bitstream/handle/1951/59701/Jagiellowicz_grad.sunysb_0771E_10998.pdf?sequence=1
- Len, B. (2018). *La notion d'illusion anticipatrice dans la prise en charge des bébés à risques d'autismes* [Mémoire de Master 2 recherche, Université Paris Diderot – Paris VII]. Remis par l'auteur.
- Parlato-Oliveira, E. (2017). *Les processus de perception et de production de subjectivité par le bébé et l'enfant autiste : une approche psycho-linguistique, sémiotique et psychanalytique* [Habilitation à Diriger des Recherches, Université Paris Diderot – Paris VII]. Remis par l'auteur.
- Ramus, F. (1999). *Rythme des langues et acquisition du langage*. [Thèse de doctorat, Écoles des Hautes Études en Sciences Sociales]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00242452/document>
- Saint-Georges-Chaumet, C. (2011). *Dynamique, synchronie, réciprocité et mamanaïs dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux* [Thèse de doctorat inédite, Université Pierre et Marie Curie – Paris VI]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00646608/document>
- Santos, P. (2000). *Approche phénoménologique de la conscience*. [Diplôme de spécialisation en psychologie, FAPSE, Université de Genève].

Communications présentées à des congrès

- Broughton, C., & Hommel, S. (2014, juin). *The Parent-Infant Relational Assessment Tool (PIRAT)* [Poster Scientifique]. WAIMH World 2014, à Edimbourg, en Écosse. https://www.researchgate.net/publication/267393352_The_Parent-Infant_Relational_Assessment_Tool_PIRAT

- Dehaene, S. (2013, janvier). *Le bébé statisticien : les théories bayésiennes de l'apprentissage*. [Cours]. Collège de France, à Paris. https://www.college-de-france.fr/site/stanislas-dehaene/p1345611472218_content.htm
- Dumonteil-Kremer, C. (2010, avril). *Les mécanismes émotionnels des enfants et des adultes : pleurs, peurs, crise de rage, comment les gérer ?* [Conférence]. Rendez-vous des savoirs et semaine du réseau de « l'éducation respectueuse et non violente », UDAF 04, à Digne-les-Bains.
- Filliozat, I. (Conférencière). (2015, juin). Comment rebrancher son cerveau ? [Conférence]. TEDxVaugirardRoad. <https://tedxvaugirardroad.com/portfolio/isabelle-filliozat/>
- Golse, B. (2020b, juillet). *As mãos do bebê: um prelúdio à comunicação*. [Conférence]. VI Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a Criança e o Adolescente – Novos Horizontes, Instituto-Langage, à Belo-Horizonte, au Brésil.
- Golse, B. (2020c, novembre). *Entre clinique et recherche à propos du bébé : Un no man's land ou des ponts transitionnels inattendus ?* [Conférence]. Journées doctorales de l'ED 450 à l'Université de Paris, à Paris.
- Heard, E. (2012, décembre). *Épigénétique et mémoire cellulaire*. [Leçon inaugurale]. Collège de France, à Paris. <https://books.openedition.org/cdf/2257#authors>
- Muratori, F. (2021, janvier). *Connaissances actuelles sur les difficultés motrices constatées sur les films familiaux des bébés devenus autistes*. [Conférence]. Congrès « En deça du corps morcelé », ALI, à Paris.
- Ouss, L. (2017, janvier). *Signes précoces chez les bébés à risque autistique : vers un changement de paradigmes ?* [Conférence]. Séminaire du Centre Alfred Binet, à Paris.
- Saint-Georges (2020, juillet). *Pesquisas em torno da análise de bebês e seus pais*. [Conférence]. VI Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a Criança e o Adolescente – Novos Horizontes, Instituto Langage, à Belo-Horizonte, au Brésil.
- Trevarthen, C. (2017, juillet). *Le bébé : poète, musicien et notre professeur*. [Conférence]. V^{ème} Séminaire Transdisciplinaire sur le bébé, Instituto Langage, à La Pitié-Salpêtrière, Paris.

Supports vidéo, audio et manuscrit

- Barbara (Auteure, Interprète). (1970). Drouot [Chanson]. Dans *L'Aigle noir*. Philips.
- Cailloce, L. (Journaliste). (2019, 19 février). Edith Heard ou la révolution épigénétique [Interview]. Dans *Le journal du CNRS*. Consulté le 6 janvier 2021 sur <https://lejournald.cnrs.fr/articles/edith-heard-ou-la-revolution-epigenetique>

- Davoigneau, S. (Journaliste). (2018, 30 décembre). Josef Schovanec : Au pays du syndrome d'Asperger [Interview]. Dans *Sept à huit*. TF1. <https://www.tf1.fr/tf1/sept-a-huit/videos/sept-a-huit-josef-schovanec-au-pays-du-syndrome-dasperger-92609690.html>
- Martino, B. (Réalisateur). (1984). *Le bébé est une personne* [Série documentaire 3x60 min]. TF1. <https://www.youtube.com/watch?v=3YzV-yWMVW0>
- Renner, E. (2016). O Bebê Fantástico [Saison 1, épisode 1] [Épisode de série documentaire Netflix]. Dans E. Renner (Réalisateur), *O Começo da Vida*. Maria Farinha Filmes.
- Seeger, P. (Réalisateur) (2009). *In search of Memory, portrait of Eric Kandel* [Documentaire]. Universal.
- Simonnet, D. (Journaliste). (1988, 18 mars). 1988 – Françoise Dolto : la parole aux enfants [Interview]. Dans *L'Express Archive*. Consulté le 8 novembre 2020 sur https://www.lexpress.fr/actualite/societe/1988-francoise-dolto-la-parole-aux-enfants_2020142.html

Logiciels

- Ho, D. (2020). *Notepad++* (Version 7.9.2) [Logiciel]. <https://notepad-plus-plus.org>
- Max Planck Institute for Psycholinguistics. (2017). *ELAN. The Language Archive* (Version 5.0) [Logiciel]. <https://archive.mpi.nl/tla/elan>
- Microsoft. (2016). *SQL Management Studio* (Version 2016) [Logiciel]. <https://www.microsoft.com/fr-fr/sql-server/developer-tools>
- Microsoft. (2019). *Office* (Version 2019) [Suite Logiciel]. <https://www.office.com/>
- Oracle (2018). *Draw.io* (Version 4.1.6) [Application Web]. <https://drawio-app.com/>
- Synapse Développement (2020). *Cordial* (Version 2020) [Logiciel]. <https://www.cordial.fr/>

INTERVENTIONS PUBLIQUES

- Saint-Georges, C., Laznik, M-C., Parlato-Oliveira, E., et **Équipe de recherche franco-brésilienne** (2020, juillet). *Pesquisas em torno da análise de bebês e seus pais*. [Conférence]. VI Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a Criança e o Adolescente – Novos Horizontes, à Belo-Horizonte, au Brésil.
- Laznik, M-C., Berrada, Z., **Ekizian, S.**, Martins, A., Mentone, O., Nilles, M., Roman-Teboul, L., Santos, D., De Clerck, A., Valenzuela, V., et Parlato-Oliveira, E. (2020, janvier). *Bebês a risco de autismo: Tratamento analítico: hipóteses de trabalho*. [Vidéo-conférence]. Ilo Congresso Transdisciplinar Portugal-Brasil-Marrocos-França sobre a Psicopatologia do Bebê (Bebê), à Évora, au Portugal.
- Laznik, M-C., **Ekizian, S.**, Lucero, A. et Parlato-Oliveira, E. (2018, juillet). *Resultados atuais da pesquisa sobre o tratamento de bebês em risco de autismo*. [Vidéo-conférence]. V Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a criança e o adolescente, à Belo-Horizonte, au Brésil.
- **Ekizian, S.**, Lucero, A., Len, B., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2018, mai). *Cohort study of babies at risk of autistic disorders: Psychoanalytically oriented psychotherapy*. [Poster scientifique]. 16th WAIMH World Congress, à Rome, en Italie.
- Laznik, M-C., **Ekizian, S.**, Len, B., Roman, M-L. et Parlato-Oliveira, E. (2018, février). *Le bébé dans tous ses états : Bébés à risques d'autismes et prise en charge psychanalytique*. [Conférence]. Association Lacanienne Internationale, à Paris.
- **Ekizian, S.**, Len, B., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2018, janvier). *Bebês em risco de autismo: Tratamento de orientação psicanalítica – Pesquisa sobre a técnica específica de reanimação destes bebês*. [Conférence]. I^o Congresso Internacional Transdisciplinar Portugal-Brasil sobre o Bebê (Bebê), à Évora, au Portugal.
- Laznik, M-C., **Ekizian, S.**, Len, B., Nilles, M. et Parlato-Oliveira, E. (2017, novembre). *Bébés à risques d'autismes : prise en charge d'orientation psychanalytique – Recherche sur la technique spécifique de réanimation de ces bébés*. [Conférence]. Journées WAIMH-France « Quelles psychothérapies pour bébé ? Les soins parents – bébé », à Besançon.

- **Ekizian, S.**, Lucero, A., Pélabon, C., Yi, M-K., Hoffmann, C., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2017, juillet). *Précocité de la prise en charge psychanalytique des bébés à risque d'autisme*. [Poster scientifique]. V^{ème} Séminaire International Transdisciplinaire sur le Bébé, à La Pitié-Salpêtrière, à Paris. Prix « Marie-Claire Busnel » du meilleur Poster du Séminaire.
- **Ekizian, S.**, Lucero, A., Pélabon, C., Yi, M-K., Hoffmann, C., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2016, juillet). *Precocidade do atendimento psicanalítico de Bebês com risco de autismo*. [Poster scientifique]. IV Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a criança e o adolescente, à Belo-Horizonte, au Brésil.

ANNEXE 1 : DÉTAIL DE LA LISTE DE BÉBÉS INCLUS DANS LA RECHERCHE (N=37)

Bébé	Sexe	Age SI (j)	Prém aturité	Age Cor SI (j)	Nv Age Cor SI	PREAUT- 4	PREAUT- 9	Résultats PREAUT	1ere catégorisation	Ai	Aii	Aiii	Bi	Bii	Biii	Ci	Cii	Ciii	Civ
B1	M	105		105	3-6 mois	5	N/A	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes Retrait relationnel	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B2	M	266		266	6-9 mois	N/A	5	A risques d'autismes Sans risques d'autismes	sans risque autistique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B3	F	40		40	< 3 mois	5	N/A	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
B4	M	215		215	6-9 mois	N/A	4	A risques d'autismes Sans risques d'autismes	A risques d'autismes Retrait relationnel	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
B5	F	271		271	6-9 mois	N/A	6	Sans risques d'autismes	sans risque autistique Retrait relationnel	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
B6	M	74		74	< 3 mois	2	4	A risques d'autismes	sans risque autistique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B7	M	207		207	6-9 mois	N/A	5	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B8	F	158		158	3-6 mois	N/A	7	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
B9	M	296		296	9-12 mois	N/A	5	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B10	M	296		296	9-12 mois	N/A	5	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B11	F	49		49	< 3 mois	4	6	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
B12	F	112		112	3-6 mois	1	8	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B13	M	83		83	< 3 mois	2	N/A	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
B14	F	150	1	94	3-6 mois	2	N/A	A risques d'autismes	Sans retrait relationnel	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
B15	M	72		72	< 3 mois	1	5	A risques d'autismes	Retrait relationnel sans risque autistique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B16	M	6		6	< 3 mois	15	N/A	Bon développement	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
B17	F	123	1	95	3-6 mois	1	N/A	A risques d'autismes	A risques d'autismes	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
B18	M	66	1	0	< 3 mois	1	N/A	A risques d'autismes	A risques d'autismes	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
B19	M	34		34	< 3 mois	1	N/A	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
B20	M	65	1	37	< 3 mois	1	1	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
B21	M	302		302	9-12 mois	N/A	6	Sans risques d'autismes	Doute entre debut d'autisme et retrait relationnel persistant	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B22	F	264	1	180	3-6 mois	N/A	5	A risques d'autismes	Sans retrait relationnel	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1

B23	F	34		34	< 3 mois	1	2	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B24	F	96		96	3-6 mois	1	N/A	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
B25	F	97		97	3-6 mois	2	5	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
B26	M	53		53	< 3 mois	2	N/A	A risques d'autismes	Retrait relationnel sans risque autistique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
B27	M	82		82	< 3 mois	15	N/A	Bon développement	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
B28	F	100		100	3-6 mois	1	1	A risques d'autismes	Doute entre debut d'autisme et retrait relationnel persistant	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B29	M	101		101	3-6 mois	2	2	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B30	F	106		106	3-6 mois	4	N/A	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
B31	M	134	1	106	3-6 mois	N/A	4	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
B32	M	134	1	106	3-6 mois	N/A	1	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
B33	M	104	1	61	< 3 mois	4	N/A	Sans risques d'autismes	Sans retrait relationnel	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
B34	M	274		274	9-12 mois	N/A	1	A risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
B35	M	161		161	3-6 mois	N/A	12	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B36	M	72		72	< 3 mois	5	N/A	Sans risques d'autismes	A risques d'autismes	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B37	M	61		61	< 3 mois	2	N/A	A risques d'autismes	A risques d'autismes	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0

**ANNEXE 2 : ILLUSTRATION DU TABLEAU EXCEL
POUR RECENSEMENT DES SÉANCES FILMÉES**

<i>N°Séance</i>	<i>Bébé</i>	<i>Date consult.</i>	<i>Durée</i>	<i>Observation consult.</i>	<i>Hors recherche</i>	<i>Séance PREAUT</i>	<i>Nv Age (mois)</i>	<i>Âge corrigé (jours)</i>	<i>Age corrigé (jours mois)</i>	<i>Nv Age corrigé</i>
1	B1	01/01/2001	00:54:42	a, b		1	3-6 mois	102	3 mois 10 jours	3-6 mois
2	B1	08/01/2001	01:02:24	a, b, c		1	3-6 mois	109	3 mois 17 jours	3-6 mois
3	B1	13/01/2001	01:21:49	a, b		1	3-6 mois	114	3 mois 22 jours	3-6 mois
4	B1	22/01/2001	01:24:09	a, b		1	3-6 mois	123	4 mois 1 jours	3-6 mois
5	B1	28/01/2001	01:26:06	a, b		1	3-6 mois	129	4 mois 7 jours	3-6 mois
6	B1	04/02/2001	01:01:46	a, b, c		1	3-6 mois	136	4 mois 14 jours	3-6 mois
7	B1	26/02/2001	00:34:05				6-9 mois	158	5 mois 5 jours	3-6 mois
8	B1	12/03/2001	01:05:05	a, b			6-9 mois	172	5 mois 19 jours	3-6 mois
9	B1	14/05/2001	00:53:08	a, b			6-9 mois	235	7 mois 21 jours	6-9 mois
...

ANNEXE 3 : GRILLE PREAUT-OLLIAC
(VERSION REMPLIE POUR MATHILDE, SÉANCE 5)

S1 Table: PREAUT grid

4th to 9th month: 1st part of questionnaire		
QUESTION	RESPONSE	VALUE
1. Does the baby seek to look at you?		
a) Spontaneously	Yes	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	No	0
b) When you speak to him (proto-conversation)	Yes	<input checked="" type="checkbox"/> 1
	No	0
2) Does the baby seek to have his mother's (or her substitute) attention?		
a) Without any solicitation from her by making noise, or moving while staring at her	Yes	0
	No	<input checked="" type="checkbox"/> 0
b) When she speaks to him (proto-conversation)	Yes	2
	No	<input checked="" type="checkbox"/> 0
TOTAL SCORE		5

If the score is greater than 3 at 4 months or greater than 5 at 9 months, do not reply to questions 3 and 4

4th to 9th month: 2nd part of questionnaire		
QUESTION	RESPONSE	VALUE
3) Without any stimulation by his mother (or her substitute)		
a) Does he look at his mother (or her substitute)	Yes	1
	No	0
b) Does he smile at his mother (or her substitute)	Yes	2
	No	0
c) Does the baby try to have an exciting exchange with his mother (or her substitute), for example by giving her or extending his toes or his hand to be kissed or sucked?	Yes	4
	No	0
4) Following stimulation by his mother (or her substitute)		
a) Does he look at his mother (or her substitute)	Yes	1
	No	0
b) Does he smile at his mother (or her substitute)	Yes	2
	No	0
c) Does the baby try to have an exciting exchange with his mother (or her substitute), for example by giving her or extending his toes or his hand to be kissed or sucked?	Yes	4
	No	0
TOTAL SCORE		—

ANNEXE 4 : STATUT DES ITEMS SUR LE CODAGE INITIAL

Statut			
0 = A supprimer			
1 = A conserver			
2 = A redéfinir			
Tiers	Abréviation		Commentaire
Bebe	attC	0	Interprétation
Bebe	baca	1	
Bebe	bacou	1	
Bebe	détreg	2	Mvt associé, A redéfinir par rapport au regaill
Bebe	fermy	1	
Bebe	gein	2	A redéfinir par rapport aux pleurs
Bebe	imi	0	Interprétation
Bebe	mot	1	
Bebe	mvtrép	0	Interprétation (A déplacer avec les autres mvts)
Bebe	mvtS	2	A décomposer (Mvt membre inférieur, supérieur, tronc, tete + direction)
Bebe	offroA	0	Interprétation
Bebe	pleu	1	
Bebe	poinDEM	2	Interprétation
Bebe	poinPD	2	A décomposer (direction)
Bebe	refl	2	A décomposer (direction)
Bebe	regaill	2	Regard vide et Regard objet à distinguer
Bebe	regC	2	Regard vide et Regard objet à distinguer
Bebe	regDA	2	Direction regard vide inutile
Bebe	regO	2	Regard vide et Regard objet à distinguer
Bebe	regA	1	
Bebe	sfembA	0	
Bebe	sfenA	0	
Bebe	sfoA	0	
Bebe	sfregA	0	
Bebe	sour	1	
Bebe	sourM	2	Direction donnée par la direction de la tete
Bebe	sourA	2	Direction donnée par la direction de la tete
Bebe	surs	1	
Bebe	tét	1	
Bebe	tirlA	2	Direction donnée par la direction de la tete
Bebe	tombo	0	
Bebe	voc	1	
Contexte	4p	1	
Contexte	app	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante
Contexte	brasarrf	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante
Contexte	brasavf	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante
Contexte	change	1	
Contexte	dort	1	
Contexte	dos	1	
Contexte	instal	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante

Contexte	jeuint	0	Interprétation
Contexte	mir	0	Interprétation
Contexte	nour	1	
Contexte	nourarrf	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante
Contexte	nouravf	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante
Contexte	port	1	
Contexte	pouss	2	Doit préciser les contraintes et être présent sur chaque ligne correspondante
Contexte	ramp	1	
Adulte	ampB	1	
Adulte	apdB	0	Interprétation
Adulte	berB	1	
Adulte	brasB	2	A décomposer en contexte et prise
Adulte	chaB	1	
Adulte	chaBg	2	A décomposer en chab et gestedirigé
Adulte	chaA	1	
Adulte	mmnB	1	
Adulte	mmnA	1	
Adulte	offoA	0	Interprétation
Adulte	parleB	1	
Adulte	parleA	1	
Adulte	placeB	1	
Adulte	placeBmmn	1	
Adulte	pleuj	1	
Adulte	pleutr	1	
Adulte	poi	2	Direction à ajouter
Adulte	regaiill	2	Regard vide et Regard objet à distinguer
Adulte	regB	1	
Adulte	regC	1	
Adulte	regDA	2	Direction regard vide inutile
Adulte	regO	1	
Adulte	regA	1	
Adulte	rimmn	2	Direction à ajouter
Adulte	riner	1	
Adulte	rit	1	
Adulte	tirlB	1	
Adulte	tirlA	1	
Adulte	touB	1	
Adulte	touA	1	

ANNEXE 5 : CONCORDANCE ENTRE LES REGARDS DU BÉBÉ ET LES DISCOURS DES ADULTES

	SEANCE							
	3	4	5	6	7	8	9A	9B
POUR LES REGARDS DU BEBE								
Nb présent chez les deux et <>	99	156	264	394	277	107	961	189
Nb présent uniquement chez 1	50	112	55	50	8	34	5	52
Nb présent uniquement chez 2	317	404	19	66	12	146	5	211
Nb chez 1	383	694	1320	1193	797	795	2012	1158
Nb chez 2	650	986	1284	1209	798	907	2014	1297
Nb commun	234	426	1001	749	512	654	1046	917
%commun	45%	51%	77%	62%	64%	77%	52%	75%
POUR LES DISCOURS DES ADULTES								
Nb présent chez les deux et <>	99	156	264	394	277	107	961	189
Nb présent uniquement chez 1	50	112	55	50	8	34	5	52
Nb présent uniquement chez 2	317	404	19	66	12	146	5	211
Nb chez 1	383	694	1320	1193	797	795	2012	1158
Nb chez 2	650	986	1284	1209	798	907	2014	1297
Nb commun	234	426	1001	749	512	654	1046	917
%commun	45%	51%	77%	62%	64%	77%	52%	75%

ANNEXE 6 : PROPOSITION DE CODAGE (VERSION COMPLÉTÉE AVEC ABRÉVIATIONS RÉFÉRENCÉES)

<i>Type</i>	<i>Abréviation</i>	<i>Validité Bébé</i>	<i>Validité Adulte</i>	<i>Description</i>
Discours	voc	X	X	Vocalise (ex. "aaah")
Discours	basy	X		Babille via des syllabes archaïques (ex. "agueu", "areuh")
Discours	baru	X		Babille de façon rudimentaire (ex. "baaahhhbeeeuaah")
Discours	baca	X		Babille de façon canonique (ex. "babababa")
Discours	mot	X		Dit un mot (ex. "mama")
Discours	pleu	X	X	Pleure
Discours	cri	X	X	Crie
Discours	rit	X	X	Rire
Discours	gemi	X	X	Gémissement
Discours	regur	X		Régurgitation
Discours	ampXY	X	X	Amplifie le son produit par une personne X en s'adressant à une personne Y
Discours	berX		X	Berce une personne X
Discours	chaX	X	X	Chante pour une personne X
Discours	parleX		X	Parle à une personne X
Discours	placeXY		X	Parle à la place d'une personne X à une personne Y
Discours	mmnX		X	Parle en mamanais à une personne X
Discours	placeXYmmn		X	Parle à la place d'une personne X en mamanais à une personne Y
Discours	rimmn		X	Rit en mamanais
Discours	rictus	X	X	Rictus
Discours	PT	X	X	Problème technique
Regard	regX	X	X	Regarde une personne X
Regard	regV	X	X	Regarde dans le vide
Regard	regO	X	X	Regarde un objet proche
Regard	regL	X	X	Regarde au loin
Regard	fermy	X	X	Ferme les yeux
Regard	PT	X	X	Problème technique
Bouche	sour	X	X	Sourit
Bouche	tirl	X	X	Tire la langue
Bouche	mou	X	X	Fait la mou
Bouche	tet	X		Objet à tété à la bouche
Bouche	bis	X	X	Bisous
Bouche	PT	X	X	Problème technique
Expression du visage	peur	X	X	Peur
Expression du visage	triste	X	X	Tristesse
Expression du visage	joie	X	X	Joie
Expression du visage	souf	X	X	Souffrance
Expression du visage	surp	X	X	Surprise
Expression du visage	neut	X	X	Neutre

Orientation du visage	visoX	X		Visage orienté vers une personne X
Orientation du visage	visoO	X		Visage orienté vers un objet proche
Orientation du visage	visoA	X		Visage orienté ailleurs
Orientation du visage	visoCon	X		Orientation du visage contrainte
Orientation du visage	PT	X	X	Problème technique
Bras	poinX	X	X	Pointage dans la direction d'une personne X
Bras	poinO	X	X	Pointage dans la direction d'un objet
Bras	bramvt	X	X	Bras en mouvement
Bras	bracont	X		Bras contraints (se produit par une contrainte extérieure, ou une position)
Bras	touX	X	X	Touche un personne X
Bras	carX	X		Caresse une personne X
Bras	tienO	X	X	Tiens un objet
Bras	portB		X	Porte le bébé
Bras	PT	X	X	Problème technique
Jambes	jammvt	X		Jambes en mouvement
Jambes	jamcont	X		Jambes contraintes (se produit par une contrainte extérieure, ou une position)
Jambes	PT	X	X	Problème technique
Position	dos	X	X	Sur le dos immobile
Position	doscontr	X		Sur le dos contraint par un appareillage ou attaché
Position	4P	X	X	A 4 pattes immobile
Position	mar4P	X		Marche à 4 pattes
Position	vent	X		Sur le ventre
Position	deb	X	X	Debout immobile
Position	mar	X	X	Marche
Position	ramp	X		Rampe
Position	coté	X		Sur le coté
Position	assi	X	X	Assis
Position	assicntr	X		Assis contraint par un appareillage ou attaché
Position	pavfv	X		Porté avec avant fond (bébé à la verticale)
Position	parfv	X		Porté avec arrière-fond (bébé à la verticale)
Position	portv	X		Porté sans fond (bébé à la verticale)
Position	pavfh	X		Porté avec avant fond (bébé à l'horizontale)
Position	parfh	X		Porté avec arrière-fond (bébé à l'horizontale)
Position	porth	X		Porté sans fond (bébé à l'horizontale)
Position	PT	X	X	Problème technique
Eveil	dort	X		

ANNEXE 7 : POSTER SCIENTIFIQUE

Ekizian, S., Lucero, A., Pélabon, C., Yi, M-K., Hoffmann, C., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2016, juillet).
Precocidade do atendimento psicanalítico de Bebês com risco de autismo.
 IV Congresso Internacional Transdisciplinar sobre a criança e o adolescente, à Belo-Horizonte, au Brésil.

PRECOCIDADE DO ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DE BEBÊS COM RISCO DE AUTISMO

S. Ekizian¹ ; A. Lucero² ; C. Pelabon³ ;
 M.-K. Yi⁴ ; C. Hoffmann⁵ ; M.-C. Laznik⁶ ; E. Parlato-Oliveira⁷

Hipótese principal

A intervenção psicoterapêutica (ex. Trabalho de Marie-Christine Laznik) permitiria evitar a evolução autística em bebês que apresentam os sinais precursores (sinais da grade PREAUT, sinais específicos do autismo da avaliação sensoriomotora de A. Bullinger).

População

Bebês atendidos por M-C. Laznik de 2008 à 2016 em dois centros de consultas especializadas de Paris.
 Dos 44 tratamentos, 24 foram retirados por:

- Depressão do bebê / fechamento relacional ligado à depressão materna grave
- Patologia neurológica ou sensorial associada
- Prematuridade importante
- Início do atendimento após os 12 meses

Gráfico 4 – Número de sessões filmadas por bebê

Gráfico 5 – Divisão por número de sessões filmadas

Gráfico 1 – Tipos de transtornos dos 44 bebês

Gráfico 2 – População dos 20 bebês da pesquisa

Graphique 3 – Âge des bébés lors de la première consultation

Metodologia

- Classificação a partir de uma grade e microanálise de todas as sessões filmadas;
- Objetivo da grade:
 1. Quantificar os elementos observáveis de :
 - Fechamento relacional
 - Interesse relacional
 - Circuito interativo da atitude do bebê sobre a dos pais
 2. Elencar as ferramentas terapêuticas eficazes sobre:
 - Os pais
 - O bebê
 - O circuito interativo
 Como:
 - Esvaziamento da transferência negativa materna
 - Utilização do *manhês*
 - Renarcação
 - Ativação do circuito pulsional
 - Outras a descobrir...?

Perspectivas

Validar um método de intervenção psicoterapêutica para bebês com menos de 12 meses.

Referências bibliográficas

MAHDHAOU, A.; CHETOUANI, M.; CASSEL, R. S.; SAINT-GEORGES, C.; PARLATO-OLIVEIRA, E.; LAZNIK, M.-C.; APICELLA, F.; MURATORI, F.; MAESTRO, S.; COHEN, D. (2011). Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20.

OUSS, L.; SAINT-GEORGES, C.; ROBEL, L.; BODEAU, N.; LAZNIK, M.-C.; CRESPIN, G.; CHETOUANI, M.; BURSZTEJN, C.; GOLSE, B.; NABBOUT, R.; DESGUERRE, I. & COHEN, D. (2013). Infants engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

1 – Doutoranda Paris VII/UMG/CIPPA; 2 – Pós-doutoranda UFES/UNICE (FAPES/CAPES); 3 – Doutoranda Paris VII;
 4 - Université Paris VII; 5 - Université Paris VII; 6 - Centre Alfred Binet/ALI/CIPPA; 7 - UFMG/Université Pierre-Marie Curie/CIPPA.

ANNEXE 8 : POSTER SCIENTIFIQUE

Ekizian, S., Lucero, A., Pélabon, C., Yi, M-K., Hoffmann, C., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2017, juillet). *Précocité de la prise en charge psychanalytique des bébés à risque d'autisme*. Vème Séminaire International Transdisciplinaire sur le Bébé, à La Pitié-Salpêtrière, à Paris. Prix « Marie-Claire Busnel » du meilleur Poster du Séminaire.

PRECOCITE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHANALYTIQUE DES BEBES A RISQUE D'AUTISME

S. Ekizian¹ ; A. Lucero² ; C. Pelabon³ ;
M.-K. Yi⁴ ; C. Hoffmann⁵ ; M.-C. Laznik⁶ ; E. Parlato-Oliveira⁷

Hypothèse principale

L'intervention psychothérapeutique (ex. Travail de Marie-Christine Laznik) permettrait d'éviter l'évolution autistique chez les bébés présentant des signes précurseurs (signes de la grille PREAUT, signes spécifiques autisme du Bilan Sensori-Moteur d'A. Bullinger).

Cohorte

Bébés pris en charge par M-C. Laznik de 2008 à 2016 dans deux consultations spécialisées à Paris.
Des 44 traitements, 24 ont été retirés pour :

- Dépression du bébé / retrait relationnel lié à dépression grave de la mère
- Relevant d'une autre pathologie neurologique ou sensorielle
- Prématurité importante
- Début de la prise en charge postérieure à 12 mois

Graphique 4 – Nombre de séances filmées par bébé

Graphique 5 – Répartition par nombre de séances filmées

Graphique 1 – Types de troubles des 44 bébés

Graphique 2 – Cohorte de 20 bébés conservés dans la recherche

Graphique 3 – Âge des bébés lors de la première consultation

Méthodologie

- Codage à partir d'une grille et microanalyse de la totalité des séances filmées ;
- But de la grille :
 1. Coter les éléments observables de :
 - Retrait relationnel
 - Intérêt relationnel
 - Boucle interactive de l'attitude du bébé sur celle du parent
 2. Repérer les outils thérapeutiques efficaces sur :
 - Les parents
 - Le bébé
 - La boucle interactive

Comme :

- Liquidation du transfert négatif maternel
- Utilisation du mamanais
- Renarcissation
- Mise en place de la boucle pulsionnelle
- Autres à découvrir ... ?

Perspectives

Valider une méthode psychothérapeutique d'intervention auprès de bébés ayant moins de 12 mois.

Références bibliographiques

LAZNIK, M-C. ; MESTRO, S. ; MURATOTI, F. ; PARLATO-OLIVEIRA, E. Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. In: MARIE-FRANCE CASTAREDE, GABRIELLE KONOPCZYNSKI, (Dir.) Au commencement était la voix. Text. Ramonville Saint-Agnès: Éros, 2005
 LAZNIK, M-C. ; PARLATO OLIVEIRA, E. Interactions sonores. In: Marie Christine Laznik, (Dir.). A hora e a vez do bebê. Text São Paulo: Instituto Linguagem, 2013, v. 1, p. 195-200.
 MAHIDHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. ; PARLATO-OLIVEIRA, E. ; CASSEL, R. S. ; SAINT-GEORGES, C. ; LAZNIK, M.-C. ; APICELLA, F. ; MURATORI, F. ; MASTRO, S. ; COMIN, D. Detecção automática do sorriso: análise de prosódia de pais de crianças autistas. Revista Virtual de Estudos da Linguagem, v. 8, p. 145-170, 2010.
 MAHIDHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. ; CASSEL, R. S. ; SAINT-GEORGES, C. ; PARLATO-OLIVEIRA, E. ; LAZNIK, M.-C. ; APICELLA, F. ; MURATORI, F. ; MASTRO, S. ; COMIN, D. (2011). Computerized home video detection for malintense may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 20.
 GUSL, L. ; SAINT-GEORGES, C. ; ROBEL, L. ; BODCAU, N. ; LAZNIK, M.-C. ; CRESPIN, G. ; CHETOUANI, N. ; BURSTEIN, C. ; GILSE, E. ; NARBOUT, F. ; DESGRIERE, I. & COHEN, D. (2013). Infants engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. European Child and Adolescent Psychiatry.

1 - Doctorante à Paris VII/UFMG/CIPPA ; 2 - Post-Doctorante à l'UFES/JUNICE (FAPES/CAPES-Brésil) ; 3 - Doctorante à Paris VII ; 4 - Université Paris VII ; 5 - Université Paris VII ; 6 - Centre Alfred Binet/AL/CIPPA ; 7 - UFMG/Université Pierre-Marie Curie/CIPPA.

ANNEXE 9 : POSTER SCIENTIFIQUE

Ekizian, S., Lucero, A., Len, B., Laznik, M-C. et Parlato-Oliveira, E. (2018, mai).
Cohort study of babies at risk of autistic disorders : Psychoanalytically oriented psychotherapy.
 16th WAIMH World Congress, à Rome, en Italie.

COHORT STUDY OF BABIES AT RISK OF AUTISTIC DISORDERS: PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY

Ekizian S.¹, Lucero A.², Len B.³, Laznik M-C.⁴, Parlato-Oliveira E.⁵

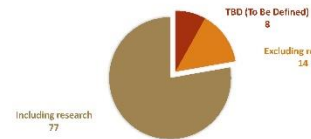
AIM OF THE STUDY:

To evaluate the efficiency of psychoanalytically oriented psychotherapy in the first year of babies at risk of autistic disorders (cohort analysis).

MATERIAL & METHODS:

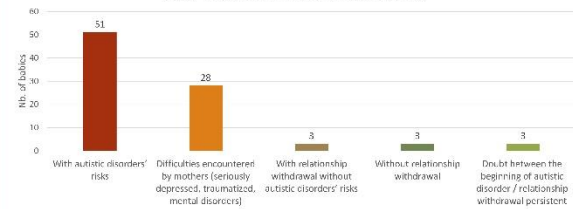
77 out of 99 babies (0 to 18 months) have had a "baby-parents psychotherapy" (by M-C. Laznik). Each session, once a week, is filmed. First session had to occur before 12 months.

GRAPH 1. REPARTITION OF 99 BABIES IN OUR STUDY



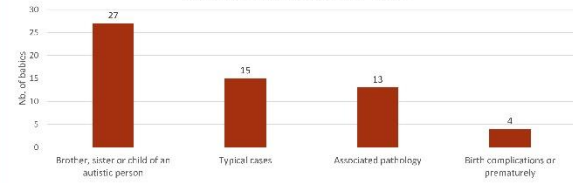
RESULTS:

GRAPH 2. REPARTITION IN CATEGORIES



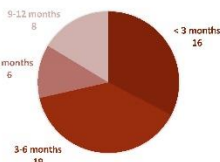
A baby can be classified in several categories.
 A recruitment bias exists because M-C. Laznik is known for working with babies at risk of autistic disorders.

GRAPH 3. REPARTITION IN SUBCATEGORIES "WITH AUTISTIC DISORDERS' RISKS"



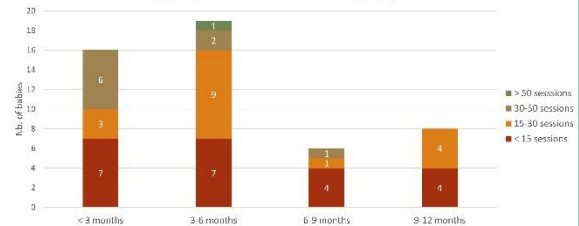
A baby can be classified in several categories.
 A bias exists because when a baby have a "baby-parents psychotherapy", his future siblings are welcomed to come if parents are in doubts with the newborn.

GRAPH 4. AGE AT THE 1ST SESSION IN CATEGORY "WITH AUTISTIC DISORDERS' RISKS" (NUMBER OF BABIES)



Training more than 600 pediatricians during the PREAUT pilot study explains our results of babies coming before 6 months.

GRAPH 5. NUMBER OF SESSIONS BEFORE 18 MONTHS IN CATEGORY "WITH AUTISTIC DISORDERS' RISKS" (FUNCTION OF AGE AT 1ST SESSION)



Most of the 51 babies "with autistic disorders' risks" had more than 15 sessions.

FUTURE:

Among the 14 excluded babies, some of them will be defined as "controlled babies":

- If they were under 12 months at first session;
- If they presented some risks of autistic disorders but whose parents could not or would not participate to the psychotherapy.

We are now studying the 51 babies defined as "presenting autistic disorders' risks" by analysing the films of their sessions and applying:

- PREAUT grid at 4 and 9 months (± 29 days) (Olliac & al, 2017);
- PREAUT/m-CHAT grid at 18 months (± 29 days).

The aim being to evaluate which risks each baby was confronted with at the start of the therapy.

We are going to recontact families to know more about each baby's destiny.

We are also going to cross the repartition in subcategories "with autistic disorders' risks" (Graph. 3) with the number of sessions per baby before 18 months (Graph. 5).

Our hypothesis are that when babies are "brothers, sisters or children of an autistic person", there are two situations:

- Babies are finally going well: the number of sessions needed is less than 15;
- Babies are indeed at risk of autistic disorders: the earlier they come, the less sessions they will need.

solene.ekizian@gmail.com

1. C. Lec. Psychologie Expérimentale, U. Paris, Sorbonne Université (Paris, France) & Université de Genève (Genève, Suisse) & Université de Coimbra (Coimbra, Portugal).
 2. Ph. D. in Psychology, U. Paris, Sorbonne Université (Paris, France) & Université de Genève (Genève, Suisse) & Université de Coimbra (Coimbra, Portugal).
 3. Psychiatrist, Sorbonne Université (Paris, France) & Université de Coimbra (Coimbra, Portugal).
 4. Ph. D. in Psychology, U. Paris, Sorbonne Université (Paris, France) & Université de Coimbra (Coimbra, Portugal).
 5. Ph.D. in Psychology, U. Paris, Sorbonne Université (Paris, France) & Université de Coimbra (Coimbra, Portugal).



ANNEXE 10 : PUBLICATION

Ekizian, S., Lucero, A., Parlato-Oliveira, E., & Laznik, M-C. (2017).

Bébés à risque d'autisme. L'approche psychanalytique en France et au Brésil. Psychologues et Psychologies, 248, 41-45.

DOSSIER

BEBES A RISQUE D'AUTISME L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE EN FRANCE ET AU BRÉSIL

S. EKIZIAN*



A. LUCERO**



E. PARLATO DE OLIVEIRA***



M-C. LAZNIK****



Notre principal argument repose sur le fait que plus tôt l'autisme, ou plus justement les risques d'autisme sont pris en considération, plus nous pouvons nous éloigner du développement d'un autisme ultérieur. Même si nous ne savons pas encore de manière définitive si ce bébé qui nous inquiète évoluera vers un destin autistique, lorsque nous avons suffisamment de suspicions, un travail s'impose. Mais pour que ces risques soient pris en considération, encore faut-il savoir les repérer. C'est dans ce souci d'identifier des signes précurseurs et de faciliter un dialogue transdisciplinaire que des psychanalystes, en France comme au Brésil, ont travaillé avec des collègues d'horizons différents afin d'élaborer des outils de travail commun (PREAUT et IRDI) propices à l'échange.

POURQUOI L'INTERVENTION PRECOCE ?

Nous savons depuis de nombreuses années maintenant que grâce à la plasticité cérébrale et génétique, le bébé est en pleine construction. Jean Bergès et René Diatkine disaient qu'il y aurait, vraisemblablement, une *psychosomatique* de l'autisme au sens où le non-usage psychique de l'appareil neuronique ne peut pas ne pas nuire à l'appareil psychique. Notre travail auprès de ces bébés à risque d'autisme est donc bien de « (re) mettre en route des structures en voie de constitution (ce qui suppose que ce premier ratage aurait lieu dans l'avant de

la constitution d'une structure donnée) » [4].

Nous ne le redirons jamais assez, il s'agit d'une véritable course contre la montre. Grâce à son expérience auprès des bébés, M-C. Laznik peut affirmer que pendant les premiers mois de vie, le tableau autistique est réversible [9].

C'est dans ce souci de prévenir l'apparition du syndrome autistique chez des bébés que l'association PREAUT a vu le jour en France et l'IRDI¹, au Brésil.

* Psychologue Clinicienne, Doctorante à Paris VII/UFMG ; CIPPA

** Psychologue Clinicienne, Psychanalyste, Post-Doctorante à l'UFES/UNICE (FAPES/CAPES-Brésil)

*** Docteur en Sciences Cognitives et Psycholinguistique, Psychanalyste, UFMG/Université Pierre-Marie Curie/CIPPA

**** Docteur en Psychologie, Psychanalyste, Centre Alfred Binet/ALI/CIPPA

1 Cf. Kupfer & al. (2010). DOI : <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003>

PREAUT EN FRANCE ET AU BRÉSIL

Le projet PREAUT (Programme de Recherche et Évaluation sur l'AUTisme)² a commencé en France en 1998, rejoint par la suite par plusieurs pays comme le Brésil³. C'est avec un ensemble de collègues lacaniens que M-C. Laznik met au travail l'hypothèse clinique et psychanalytique qu'elle vient de découvrir sur la non mise en place du *circuit pulsionnel complet* du fait de l'absence de son troisième temps [4] – hypothèse confirmée par l'observation de films familiaux.

Pour bien comprendre l'originalité et la richesse de cette hypothèse, à la base de PREAUT, il faut faire un petit détour par la théorie lacanienne de la pulsion [4].

C'est en croisant l'article *Pulsions et destins des pulsions* de Freud [2] avec *L'Esquisse* de Freud [1] que Lacan, non seulement met en lumière des éléments implicites de l'œuvre de Freud mais également va plus loin dans ses réflexions, notamment à l'égard de la pulsion. M-C. Laznik se rend compte ainsi qu'une véritable théorie lacanienne de la pulsion existe et elle « [nous] permet de saisir les mises en place premières de l'appareil psychique et les ratages propres à l'autisme » [4].

Mais avant d'aller plus loin, il paraît indispensable de séparer la satisfaction de la pulsion de la satisfaction des besoins. Sans cela, on ne peut pas avoir recours au concept de « ratage de la mise en place du circuit pulsionnel » [4] nécessaire pour expliquer ce qui se joue dans l'autisme puisqu'« il n'y aurait pas, chez [ces enfants autistes], ce troisième temps de la pulsion » [8].

Revenons-en à présent au trajet pulsionnel que Freud définit en trois temps. Puisque ce sont les bébés qui nous intéressent prenons l'exemple de la pulsion orale. Le premier temps est dit *actif* par Freud : le bébé se dirige vers l'objet, le sein ou le biberon et l'attrape. Le second temps dit *réflexif* renvoie aux processus auto-calmants où le bébé prend une partie de son propre corps comme objet de sa pulsion (la tétine ou le doigt) (cf. notion d'*auto-érotisme*). Vient ensuite le troisième

temps que Freud qualifie de *passif* où « le nourrisson se fait, lui, l'objet d'un autre, ce fameux nouveau sujet – la mère, par exemple » [4] « Il va chercher à se faire regarder, à se faire entendre ou bien, au niveau oral, à se faire « boulotter le peton » [8] Lacan, contrairement à Freud, décrit ce temps comme « éminemment actif » et l'appelle le temps du « se faire » [3].

Si la quasi-totalité des médecins et professionnels de la petite enfance sont attentifs aux deux premiers temps, en revanche, le troisième passe souvent inaperçu. « Notre but est qu'il devienne également un moment [cf. consultation des 4 mois] où la question du lien à l'Autre puisse être pris en compte » [5]. Pourtant, ce troisième temps est bien souvent illustré par les publicités. On en trouve un exemple dans des magazines comme *Parents* montrant un bébé sur la table à langer qui touche avec son petit pied la bouche de sa maman qui rit. Dans cette situation, le bébé (qui n'a en rien l'air d'être passif) « tend son pied appétissant vers la bouche de sa mère qui s'en délecte. Le plaisir partagé saute aux yeux » [7].

De cette façon, la grille PREAUT a été conçue comme un outil de dépistage utilisable par des médecins de premier rang car son axe fondamental a l'avantage d'être simple à chercher au cours de consultations médicales : en l'absence du troisième temps du circuit pulsionnel, le bébé ne se fait pas l'objet de l'autre.

Cela veut dire que les signes isolés, sans un apport théorique, peuvent nous tromper. Par exemple, les travaux des psycholinguistes comme Anne Fernald sur la prosodie du *mamanais*⁴ nous ont montré que « le non regard entre le bébé et son Autre primordial » ne suffisait pas à lui-même. En effet, des bébés qui sont pourtant devenus plus tard des autistes avérés répondaient très bien à la prosodie du *mamanais* en regardant leurs parents lorsqu'ils étaient petits. D'un côté, on dit que ce sont des bébés trompe l'œil car on peut très facilement se laisser duper par leur beau regard car répondre au *mamanais* est une capacité dont ils disposent. De l'autre, cette capacité peut être

2 Cf. *Psychologues et Psychologies* n°248 p.55

3 PREAUT au Brésil est présent dans 12 départements différents et plus de 1200 professionnels de la santé ont été formés. La grille est aussi utilisée en crèche, en PMI, mais aussi avec des enfants portant des troubles de l'audition, de la vision, ou de microcéphalie (à cause du virus zika).

4 « Ce 'motherese' présente une série de caractéristiques spécifiques au niveau de la grammaire, de la ponctuation, de la scansion, et une prosodie particulière » [4]

utilisé dans le traitement par le psychanalyste qui parle *mamanais* pour se faire regarder. À vrai dire, les jeux proposés au bébé ont toujours une dimension pulsionnelle.

En jouant ce troisième temps du circuit pulsionnel où le bébé va venir « *crocheter sa jouissance au champ de l'autre* » [3] l'idée est donc d'arriver à faire en sorte

que le bébé se repère à un moment donné comme étant la cause de la jouissance de sa mère. « *Mais comment une mère peut-elle réussir à s'émerveiller d'un bébé fermé qui ne la regarde pas ? Face à l'absence d'intérêt du bébé pour le plaisir de l'autre, comment la voix de la mère peut-elle véhiculer quelque chose qui appelle le bébé à entrer en relation et se faire l'objet de son plaisir ?* » [8]

ÊTRE PSYCHANALYSTE AUPRES DE BEBES

La méthode de travail psychanalytique dans laquelle nous nous situons a été développée par M-C. Laznik. Elle reçoit au sein de consultations parents-bébé non-sectorisées dans des CMP parisiens des bébés dits à *risque d'autisme* entre 0 et 11 mois. Comme son nom l'indique, la mère (les parents) participe(nt) de façon active à la séance avec leur bébé.

Comme le bébé n'a pas encore accès à la parole, il va falloir être particulièrement attentif à tous les indices qu'il nous livre. C'est pour cela qu'avec l'accord des parents les consultations sont filmées par un stagiaire diplômé, analysé et souhaitant approfondir sa pratique auprès des bébés. Chaque dyade *parents-bébé* est suivie par le même stagiaire pendant au moins un an. Filmer est ce qui nous permet d'étudier finement *a posteriori* tout ce qui va être de l'ordre de la communication chez le bébé, bien au-delà du discours oral. De même, la manière de porter le bébé, la façon dont le bébé entre (ou n'entre pas) en lien avec son parent et/ou avec l'analyste est enregistré et peut ainsi être revu et analysé.

LE ROLE DES PARENTS DANS LA CLINIQUE

Deux choses nous semblent essentielles à aborder : la première est que la mère (le parent) doit travailler avec l'analyste. Cela suppose, en termes psychanalytiques, une *identification à l'analyste par transfert amoureux*. La seconde chose, indispensable pour que la première puisse s'établir, renvoie au fait que le psychanalyste doit écouter le plus attentivement possible le parent et croire ce qu'il lui dit. « *C'est le bébé qui ne répond pas qui détruit, en quelques mois, les compétences des parents, ou tout au moins la confiance qu'ils ont en eux* » [7] non l'inverse.

Concrètement, en quoi consiste le travail du psychanalyste ? Nous l'avons exposé précédemment, le futur autiste n'a pas accès au troisième temps du circuit pulsionnel. Le rôle du psychanalyste va être d'aider le bébé à s'y inscrire. « *Avec une certaine contribution libidinale de la part d'un psychanalyste sachant travailler avec les relations bébé-parents, le circuit pulsionnel complet peut se (r)établir* » [7] Parfois, le travail du psychanalyste consiste en une véritable « *réanimation psychique* » [7] car si certains bébés (qui deviendront pourtant autistes) peuvent regarder leur mère, d'autres ne l'ont jamais fait. On imagine ainsi à quel point cela doit être difficile pour une mère (des parents) de « *continuer à éprouver du plaisir quand elle sent que son bébé glisse à nouveau hors de la relation. La créativité du psychanalyste est alors requise pour maintenir audible ce plaisir maternel* ». [9]

Puisque « *ces bébés ne vont pas, d'eux-mêmes, se faire boulotter leur petit pied par leur maman* » [7] il va falloir les accompagner pour qu'ils y parviennent. Mais ce travail que le psychanalyste met en place ne peut pas se faire sans les parents.

Revenons à l'identification à l'analyste par transfert amoureux. C'est grâce à ce mécanisme que le travail va avancer plus vite car le psychanalyste, s'il voit le bébé une ou deux heures par semaine, n'est pas là au quotidien. En s'identifiant à l'analyste, la mère (le parent) va reproduire ce qui se joue en séance, à savoir, montrer au bébé le plaisir qu'il peut produire chez l'autre⁵. « *Le bébé qui commence à entrer dans l'autisme doit éprouver d'innombrables fois le plaisir de sa mère qui répond à l'offre pulsionnelle qu'il lui fait. Cette répétition est indispensable pour maintenir ouvert ce frayage du plaisir, seul capable de désensibiliser*

5 M-C. Laznik évoque avec les parents la notion de « tango » pour leur montrer que l'on doit suivre la rythmicité du bébé et s'adapter à lui. Il s'agit de lui montrer le plaisir qu'il suscite en nous au moment où il est en mesure de l'entendre. S'il l'on ne respecte pas son rythme, le risque est que le bébé se ferme complètement.

suffisamment ce type de bébé qui présente, presque toujours, des facteurs d'hypersensibilité qui le mènent à se fermer». [9] S'il y a trop d'écart entre le vécu d'un parent et celui du thérapeute – et il y en a toujours forcément car, le thérapeute qui ne vit pas le quotidien du parent n'est forcément pas habité des mêmes

inquiétudes – le risque est que l'identification de la mère à l'analyste ne puisse pas advenir. Il faut que l'analyste croie profondément et sincèrement que la mère a raison pour que l'amour de transfert puisse émerger.

DE L'UN A L'AUTRE : BRÉSIL ET FRANCE

Au Brésil, le travail pluridisciplinaire est la ligne directrice du système de santé publique et l'équipe qui prend en charge des bébés à risque d'autisme comprend habituellement le pédiatre, le psychologue/psychanalyste et le travailleur social. En France, le partenariat avec la sensorimotricité a révélé les difficultés de ces bébés pour s'organiser dans l'espace et dans leur corps. Ce critère semble être l'un des signes de diagnostic différentiel considérable d'avec les bébés dits déprimés puisque ces derniers ne présenteraient pas cette particularité.

En France comme au Brésil, nous avons pu remarquer que les parents, constituant pourtant l'environnement principal de ces bébés, témoignent du même manque d'écoute par les professionnels.

S'il est vrai que nous ne pouvons pas être sûrs de l'évolution vers un autisme chez un bébé, en revanche, une chose est belle et bien sûre : le bébé est en pleine construction et il évolue ! *Au plus tôt nous intervenons, au mieux nous pourrions donc aider ces bébés à les éloigner de la pente autistique vers laquelle ils se dirigent.*

Dans ce travail pluridisciplinaire avec les bébés, la dimension du sujet ne peut pas être oubliée. Nous ne pouvons pas scinder le sujet en plusieurs parties indépendantes comme si à chaque professionnelle correspondait un travail spécifique. Le défi de la pluridisciplinarité est justement de travailler ensemble la singularité complexe de chaque bébé. La psychanalyse montre aujourd'hui qu'elle l'a comprise et s'inscrit dans cette direction, avec le travail mis en place en parallèle en sensorimotricité mais aussi avec la génétique (recherches en génétiques fréquentes en parallèle de la prise en charge psychothérapeutique) ; la neuro-vision (travail en partenariat avec une unité « Vision et Cognition ») et la médecine générale (reflux gastro-œsophagiens fréquemment présents chez ces bébés à risque qui se ferment et s'agrippent à leurs douleurs), par exemple. Le dialogue est possible parce que chaque théoricien a une vraie contribution à faire au champ de la science. Il n'existe pas un seul traitement pour l'autisme sinon un traitement unique pour chaque bébé perçu dans sa singularité.

Pendant très longtemps, il a été reproché aux psychanalystes d'accuser les mères en les rendant responsables de l'autisme de leur enfant. Si cela a été vrai à une époque, aujourd'hui ce n'est absolument plus le cas. Et même mieux : écouter les parents nous apparaît fondamental et nous le considérons comme un outil à part entière qui nous aide à orienter nos démarches de soin. ■

Note complémentaire aux articles pp.025 et 050 du P&P n°247

Un des objectifs de la CIPPA vise à la réduction des clivages. C'est pourquoi elle a adhéré avec un vif intérêt à ce projet d'un numéro de la revue Psychologues et Psychologies regroupant différents points de vue sur l'autisme. Sur la base du travail des groupes d'approfondissement théorico-clinique réunissant mensuellement ses membres, la CIPPA organise 3 fois par an et en partenariat avec l'Université de Paris 7, des journées scientifiques régulièrement ouvertes aux parents de personnes autistes. Tous les deux ans est organisé un congrès, le troisième congrès CIPPA étant annoncé pour les 2 et 3 mars 2017.

Armelle Barral

Bibliographie

- [1] Freud, S. (1895). Esquisse pour une psychologie scientifique. In *La Naissance de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 1996.
- [2] Freud, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. In S. Freud (Ed.), *Métopsychoanalyse*. Paris : Gallimard, 1968.
- [3] Lacan, J. (1964). Séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil.
- [4] Laznik, M-C. (2000). La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme. *La célibataire*, pp 67-78.
- [5] Laznik, M-C. (2000b). Des psychanalystes qui travaillent en santé publique. *Le Bulletin Freudien*, 34, 89-108.
- [6] Laznik, M-C., Maestro, S., Muratori, F., & Parlato-Oliveira, E. (2005). Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. In M-F. Castarede, & G. Konopczynski (Eds.), *Au commencement était la voix*, 1^e éd. Ramonville Saint-Agnès: Érès.
- [7] Laznik, M-C. (2006). PréAut – Une recherche et une clinique du très précoce. Comment passer de ces bébés qui troublent leurs parents à des petits qui auraient plaisir à s’amuser avec eux. *Contraste*, 25, 53-81.
- [8] Laznik, M-C. (2013). Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme. In G. Crespin (Ed.), *Cahiers de Préaut n°10 : La Voix. Des hypothèses psychanalytiques à la recherche scientifique* (pp. 23-78). Toulouse : Érès.
- [9] Laznik, M-C., & Chauvet, M. (2016). Traitement psychanalytique d'un bébé de 3 mois à risque d'autisme et sa prise en charge concomitante en sensori-motricité. In M-D. Amy (Ed.), *Autismes : spécificités des pratiques psychanalytiques – Autismes et psychanalyses – II* (pp.165-198). Toulouse : Érès.

Pour les personnes intéressées par une bibliographie plus complète, contacter l'auteur :
solene.ckizian@gmail.com

Bibliographie du texte de Nathalie Vézely p 31

- [1] Bion R. W. (1962). *Aux sources de l'expérience* (éd. 2003). Paris: PUF.
- [2] Haag, G. (2000) « La pratique psychanalytique avec les enfants avec autisme : aménagements techniques, processus possibles, développements métapsychologiques », dans *Pratiques de la psychanalyse, Débats de la psychanalyse*, Paris, PUF
- [3] Hochmann, J. (2016), *Autisme : état des lieux et horizons*, sous la direction de Bernard Golse et Pierre Delion, Toulouse, Érès, 2016.
- [4] Golse B. (2006). *L'être-bébé : la question du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie*. Paris: PUF.
- [5] Lacan J., *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Le Séminaire, Livre XI, 1964, Coll. Points Essais, Seuil, 1973.
- [6] Laznik, M. (2003). *Vers la parole*, Paris, Denoël.