

Pour une autre école maternelle

En partenariat avec

IPE
INSTITUT PETITE ENFANCE
BORIS CYRULNIK

BIMESTRIEL - Mars/Avril 2015 N° 93

Le journal des professionnels de la petite

0 à 6 ans **Enfance**



Les bébés Wi-Fi

- Comment jouer avec bébé
- Les projets pédagogiques des crèches
- L'évaluation en maternelle
- Accueillir autrement

TPMA.fr

M 03901 - 93 - F : 5,50 € - RD

Les bébés Wi-Fi

Depuis plus de vingt ans, nos observations croisées et convergentes de bébés séparés, placés dans une pouponnière de l'Aide sociale à l'enfance, ont mis en évidence le phénomène des bébés Wi-Fi¹. Ces bébés ont une capacité de connexion affective sélective et parviennent, dès les premiers jours de vie, à se protéger des interactions inadaptées de parents handicapés dans leur parentalité s'ils ont l'opportunité de rencontrer des figures d'attachement plus sécurisantes dans leur entourage. Rencontre et analyse de deux de ces situations de bébés Wi-Fi : Mélanie et Maxime.

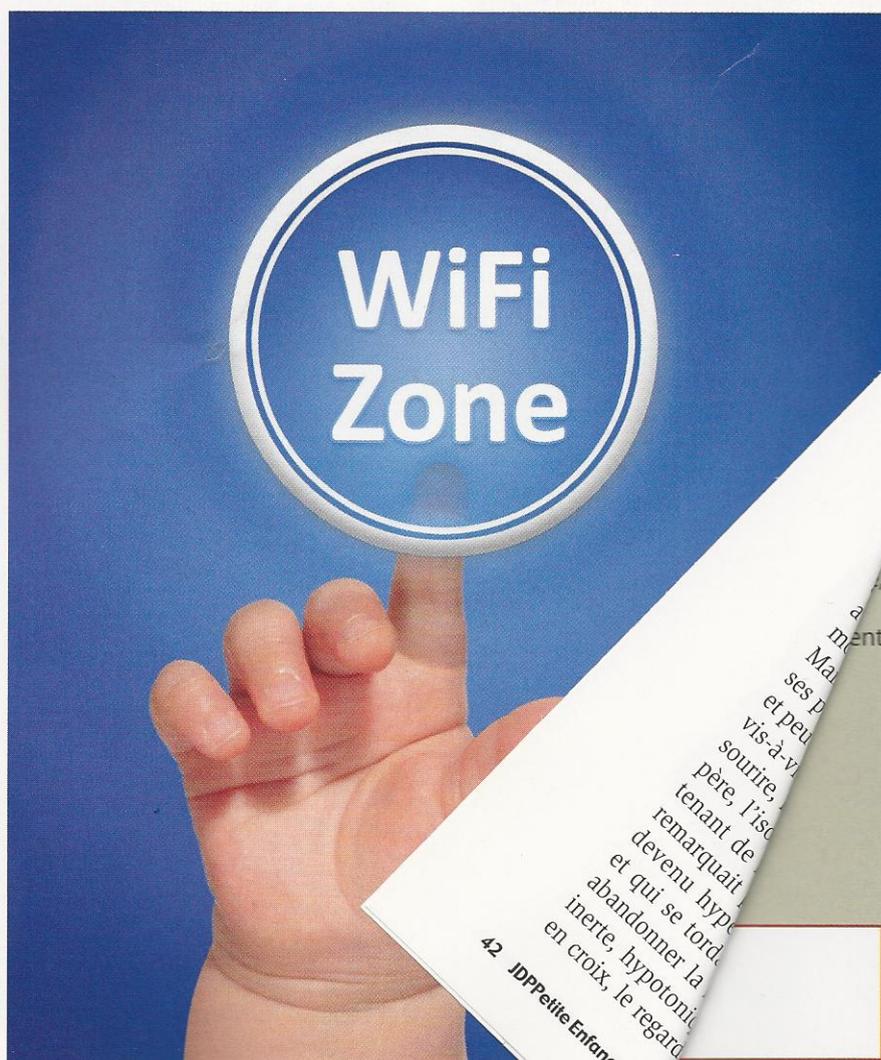
Si la notion de retrait relationnel précoce dans les interactions parent-bébé non sécurisantes est désormais bien admise et diffusée, cette capacité innée du bébé de se tourner vers d'autres supports affectifs substitutifs fiables dans son environnement est encore peu décrite et reconnue. C'est pourtant une dimension sémiologique riche à explorer...

Un bébé Wi-Fi : Mélanie

Trois premiers jours de vie

À sa naissance, Mélanie manifestait une vitalité et une tonicité de bon aloi. Un bébé en forme qui se montrait réactif à la voix humaine et intéressé par les visages des personnes qui l'entouraient. Toutefois, les difficultés intellectuelles de ses parents inquiétèrent l'équipe médicale de la maternité et il fut décidé de garder la mère et le bébé quelques jours en observation.

Sa mère montra vite des difficultés pour s'adapter aux besoins de Mélanie et son père ne fut pas plus rassurant. Furent constatés portage maladroit et insécurisant, soins mécaniques sans parole, absence de respect du rythme de l'enfant dans le nourrissage, manque d'empathie dans les soins. Malgré le soutien



des professionnels de la maternité les interactions mère-enfant étaient vides. Pourtant Mélanie cherchait à croiser un regard humain. Elle cherchait le regard de sa mère. Qui n'y répondait pas. Une mère absente, ou présente à la marge. Elle donnait le bain à sa fille mais regardait le bord de la baignoire. Puis elle regardait sa fille, son bras, ses pieds, sa tête, son visage mais pas ses yeux. Mélanie cherchait les yeux de sa mère, ne les trouvait pas, dérivait et s'accrochait à un détail de son vêtement. Ce quiproquo des regards se rejoua plusieurs fois, sans résolution. La maman ne l'appelait pas de la voix pour rattraper cet échouement. Elle ne la regardait pas et ne lui parlait pas. Mélanie n'avait pas de place dans sa tête.

Quatrième jour de vie

Mélanie fut insécurisée par les gestes peu rassurants de sa mère. Ce bébé ne cherchait déjà plus sa mère. Elle tourna son regard vers une autre présence humaine. C'était la puéricultrice du service, présente à l'instant du bain. Elle avait perçu la détresse de Mélanie et se pencha au-dessus de la scène. À l'instant Mélanie agrippa son regard au sien comme un noyé s'accroche au filin qui lui a été jeté et offert. Cette professionnelle soutint ce regard et ne lâcha plus Mélanie des yeux.

Mais c'était déjà trop tard et les jours suivants Mélanie, passive, évitait désormais le contact des humains, tant celui du personnel que celui de ses parents. Son corps s'était amolli, ses mouvements raréfiés. Elle ne bougeait quasiment plus ses petits membres. Elle n'ouvrait plus les yeux, même lors du biberon. État de coma affectif gravissime.

Le papa s'en est toutefois inquiété et a demandé avec une certaine pertinence : « C'est normal qu'elle ait tout le temps les yeux fermés ? » La mère n'avait rien remarqué et voulait rentrer chez elle avec son joujou inanimé et silencieux.

Transfert de Mélanie à la pouponnière Saint-Exupéry sur ordonnance judiciaire

Les premières semaines, Mélanie ne se manifestait jamais, pas de pleurs, pas d'accroche du regard, pas de signe d'impatience quand approchait l'heure du biberon. Mélanie émergeait très peu de son sommeil. Face à cette léthargie, toute l'équipe de la pouponnière

se mobilisa car Mélanie nécessitait des soins affectifs et psychiques intensifs.

Chaque intervention d'une maternante fut précédée d'une parole de salutation et d'un temps d'attente avant de la prendre dans les bras. Mélanie fut beaucoup portée contre soi ou en écharpe, collée à la chaleur d'un corps, rassemblée au contact d'une peau. Dans son berceau, elle fut calée très serrée pour qu'elle ne ressente pas le vide autour d'elle. Lors des biberons, sa maternante la mit en face à face pour que Mélanie n'ait pas à faire l'effort de tourner la tête à la recherche d'un regard humain, ce qu'elle n'aurait pas fait. Dès que Mélanie ouvrait les yeux, elle lui chantait de petites chansons pour attirer et maintenir son attention. Pour le bain, Mélanie fut toujours enveloppée de langes avant de sortir de l'eau comme le fut Osiris, découpé en morceaux par le méchant Seth, mais rassemblé dans des bandellettes et ramené ainsi à la vie par la déesse Isis.

Enfin, elle ouvrit les yeux et accepta de nouveau la rencontre des regards comme à ses tout premiers jours. Mélanie tournait maintenant la tête quand elle percevait une voix familière puis dévisageait longuement ses maternantes. Elle ébaucha même de timides sourires, puis de vrais sourires qui provoquèrent des hurrahs de l'équipe, mais en silence pour ne pas l'effrayer.

En raison de cette léthargie persistante, bien qu'elle eût fait des progrès notables, nous fîmes le choix de confier Mélanie à une famille d'accueil du service, pour lui offrir une connexion affective de très haut débit, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.

À 3 mois et demi, Mélanie fait la rencontre d'Esther

La première approche fut compliquée. Mélanie dévisagea Esther mais elle n'exprima elle-même que lassitude et lourdeur, les traits de son visage tombaient. Les joues, les lèvres, les paupières, le front, tout était flasque. Elle lui adressa néanmoins un timide sourire.

Esther nous raconta que lorsqu'elle s'était autorisée à prendre Mélanie dans ses bras, elle avait senti un bébé mou comme un gros pâton de guimauve brûlante et molle que les confiseurs de foire s'amusaient à soulever au-dessus de leur chaudron et à voir s'allonger sous son propre poids, avec une lenteur inexorable. Mélanie ne retenait pas

ses jambes, ni son bassin, ni son dos, qu'elle laissait choir et s'épandre lentement dans le vide. Un bébé qui ne se tenait pas et dont il fallait bien s'assurer de ramasser tous les morceaux étirés.

Examens médicaux

L'état de léthargie et la mollesse de Mélanie avaient été si impressionnants et si difficiles à comprendre que des explorations médicales furent aussitôt programmées à la recherche d'une maladie explicative, en parallèle aux soins affectifs et psychiques intensifs. Les différentes consultations spécialisées, génétiques et neuropédiatriques ne révélèrent aucune maladie mais permirent de faire le constat d'une récupération régulière au point qu'à 6 mois Mélanie montrait un développement quasi normal et une appétence relationnelle rassurante, ce qui correspondait à la progression observée jour après jour. Mais lors de ces rendez-vous hospitaliers, les parents – ils y étaient bien sûr associés – en profitèrent pour présenter eux-mêmes Mélanie, dans leurs bras, aux consultants. Ceci eut un effet très inattendu qui confirma nos observations sur les connexions affectives sélectives chez les bébés mais cette fois avec des professionnels qui n'en étaient pas informés et que Mélanie ne connaissait pas.

Mélanie, 6 mois, fut donc accompagnée en consultation de neuropédiatrie. Dans la salle d'attente, l'assistante familiale confia Mélanie à son père qui en avait fait la demande. Mélanie regarda un peu son père, sans sourire, puis se mit à geindre, à se tortiller tout en se tournant vers Esther. Le père se leva et marcha pour tenter de la calmer et de l'éloigner de cet aimant. La manœuvre ne fonctionna pas. Mélanie parut soudain vraiment en détresse. Elle abandonna et sembla s'être endormie, dans une position bizarre et inconfortable.

Dans le cabinet de consultation, le médecin aperçu un petit bébé fragile qui dormait à poings fermés dans les bras de son père. Cette pédiatre spécialiste du cerveau commença à se





demander comment elle pourrait évaluer l'éveil de ce bébé dont le sommeil était si lourd. La mère répondit tant bien que mal aux questions du médecin.

Les questions se tarirent, il fallut passer aux choses sérieuses, l'examen neurologique, les réflexes du nourrisson, et l'évaluation de son éveil, c'est-à-dire, à cet âge, la qualité du contact et de la communication. Ce qui nécessitait un bébé réveillé et coopérant. Le docteur demanda au père de lui confier l'enfant pour la déposer sur la table d'examen. Mélanie, sur le dos, toujours endormie, n'avait pas bronché. Son visage était toujours aussi lisse et inexpressif, ses yeux fermés. Le médecin s'adressa enfin à Mélanie. Elle se présenta, s'excusa de devoir la réveiller, lui expliqua qu'elle allait l'examiner. Mélanie ouvrit alors les yeux, lui sourit et se mit aussitôt à faire des vocalises. La spécialiste fut toute surprise : « *Mais tu ne me connais pas. Tu t'es réveillée et tu me parles ! Tu sais que tu es toute mignonne.* »

Durant les vingt minutes de l'examen, ce qui est très long à cet âge, Mélanie restera attentive, dis-

ponible et à l'écoute. Elle se présentait comme une petite fille de son âge, avec juste un très léger retard en cours de rattrapage, et qui n'avait plus rien à voir avec ce qu'avait laissé craindre cette enfant lorsqu'elle ne faisait que dormir dans les bras de ses parents au point de faire suspecter une malformation cérébrale ou une hypothyroïdie par exemple. Quand son assistante familiale la rhabilla, Mélanie continua à sourire et à gesticuler doucement en jasant. Elle ne se rendormit pas dans la voiture. La spécialiste du cerveau nous adressa ce courrier : « *Lors de la consultation, j'ai pu constater la capacité de Mélanie à se mettre dans une inhibition totale, d'entrer dans un profond sommeil dès qu'elle était dans les bras de ses parents, alors que dès qu'elle change de bras elle s'anime et montre des compétences développementales normales pour son âge* ».

Visites parentales

Lors des visites parentales à la pouponnière, Mélanie acceptait maintenant quelques contacts visuels et de courts échanges verbaux auxquels elle répondait par-

fois par quelques lallations. Mais dès qu'un de ses parents montrait l'intention de la prendre, Mélanie s'accrochait au regard du professionnel présent à ses côtés, puis s'agitait et geignait si le parent insistait. S'il continuait, Mélanie fermait les yeux ou pouvait encore s'endormir pour se réveiller comme par enchantement à la simple annonce de la fin de la visite.

Pour faire face à cette situation d'insécurité, Mélanie développa des stratégies stupéfiantes. Elle avait exactement 6 mois et 3 semaines. À la visite, son père, fâché de voir sa fille rechercher le secours du regard du professionnel présent, que Mélanie le connaisse ou non, chercha à l'isoler.

Tournant le dos délibérément à Diane qui encadrait la rencontre, le père fit de son corps un paravent pour empêcher sa fille de la regarder par-dessus son épaule. Mélanie repéra le reflet du visage de Diane sur la fenêtre, miroir dans la nuit. Diane remarqua soudain que Mélanie la fixait dans la vitre. Mélanie avait découvert le piratage des connexions affectives. Elles échangèrent leurs regards en douce grâce à cette interface. À la réflexion, elle estima que Mélanie avait déjà eu recours à ce stratagème plusieurs fois.

Évolution de Mélanie

Aujourd'hui, Mélanie a 18 mois et présente un développement en rapport avec son âge. Elle est vive,



espiègle, enjouée mais conserve encore une hyper vigilance dans les situations nouvelles, accentuée si son assistante familiale ou un autre professionnel qu'elle connaît sont absents. Les rencontres, espacées, avec ses parents restent compliquées à gérer pour elle.

Maxime et sa mère, persécutée et intrusive

Pendant sa grossesse cette jeune femme, qui présentait des séquelles de carence affective grave, mêlant quête affective adhésive, angoisses d'abandon et comportement de rejet avec agressivité, avait inquiété les équipes sur sa capacité future à supporter la charge psychique d'un bébé. Elle se montra, dès la naissance de Maxime, jalouse et possessive de son bébé mais sans empathie pour lui et hostile aux conseils du personnel. Ostensiblement, elle ne soutenait pas la tête de son bébé, « pour qu'il se muscle », expliqua-t-elle. Elle laissa glisser Maxime dans le bain, qui but la tasse, mais ceci ne provoqua aucune émotion chez elle. Elle imposait les horaires de biberon à ce tout jeune bébé, le réveillant exprès, parce que, elle, elle voulait dormir.

Dès le quatrième jour, l'équipe remarqua déjà des comportements contrastés de Maxime selon la personne qui lui prodiguait les soins. Il refusait de regarder sa mère et s'en détournait pour fixer le plafond ou buvait dans ses bras en gardant les yeux fermés. Mais avec les professionnelles, il se montrait détendu dans le portage et recherchait les échanges des regards.

Après une semaine d'observation à la maternité, Maxime fut placé à la pouponnière sur ordonnance judiciaire. Il y eut un développement régulier par la suite et une belle évolution relationnelle avec ses maternantes, avec qui il se montra vite en confiance.

Mais lors des visites, ses relations avec ses parents restèrent sur le scénario fixé et peu mobilisable d'une mère exigeante vis-à-vis de son bébé, l'obligeant à lui sourire, le soustrayant au regard de son père, l'isolant des professionnels ou le tenant de façon inconfortable. Elle ne remarquait pas le malaise de son bébé devenu hypertonique, qui se tendait et qui se tordait. Maxime finissait par abandonner la lutte, et se laissait aller inerte, hypotonique cette fois, les bras en croix, le regard vide lorsque sa mère

le mettait à l'écart des acteurs de la scène pour le changer, sans nécessité.

Elle attribua la distance de son fils - « *Il ne me regarde pas* » - au fait que Maxime vivait placé et au contact d'autres adultes - « *Il y a trop de têtes autour de lui* » -, exprimant même sa crainte que son enfant ne la reconnaisse plus. C'était sans remarquer que son fils développait une bonne relation avec son père, qui avait pourtant bien moins l'occasion de s'en occuper, du fait même des obstacles qu'elle y mettait.

Lorsque son père parvenait enfin à le prendre dans ses bras, Maxime s'y positionnait bien, s'apaisait et s'engageait dans une conversation associant regard et babil. Mais ce père osait peu s'affirmer face à cette femme, craignant visiblement ses débordements violents, même en présence de son bébé. Au cours de ces visites émotionnellement épuisantes, Maxime pouvait s'endormir, du moins en apparence, pour retrouver sa vitalité dès qu'il était retourné avec ses maternantes. Maxime n'avait alors que 3 mois et demi.

Quels enseignements tirer de ces observations ?

Les histoires de Mélanie et de Maxime sont emblématiques des bébés Wi-Fi, capables de connexion affective sélective, lorsqu'ils sont confrontés à des parents inadaptés, déprimés, malades psychiques ou carencés. Ces observations multiples sont croisées et partagées avec les professionnels de la maternité et avec nos collègues pédopsychiatres angevins, ce qui en accroît leur fiabilité. Coordinant une étude longitudinale sur le parcours et le devenir jusqu'à l'âge adulte de 128 bébés admis il y a vingt ans dans notre pouponnière, nous avons retrouvé chez les nourrissons de cette cohorte des descriptions similaires, datant donc de deux décennies.

Conditions d'observation

La perception et la description de ce phénomène universel, la recherche affective discriminative du nourrisson, n'ont été rendues possibles que par le concours de plusieurs conditions très particulières lors de l'observation de ces bébés par des équipes formées à l'observation fine des interactions précoces.

Ils vivaient séparés de leurs parents et étaient accueillis dans des structures, pouponnières sociales, unités kangou-

rou, structures d'accueil mère-enfant, familles d'accueil spécialisées, où l'attention au bien-être psychique des petits était une priorité, ce qui leur offrait une alternative affective de qualité. Leurs parents venaient néanmoins régulièrement leur rendre visite en présence d'une éducatrice et d'une psychologue. Il était donc aisé d'observer sur le long terme les éventuelles évolutions des comportements affectifs qu'adoptaient ces bébés envers leurs parents ou avec leurs substituts affectifs.

Trois conclusions

Les patterns d'attachement sont différenciés dès les premiers jours de vie

Ce cadre a permis de constater que pour un bébé, qui ne peut survivre que dans la dépendance totale à autrui, la seule question qui vaille est d'être pris en charge de façon adaptée et sécurisante par un autre humain, en dehors de toute considération de lien biologique ou juridique. Seule compte pour lui la qualité de la réponse affective qu'il rencontre.

Si l'on se réfère à la théorie de l'attachement, on peut conclure que dès ses premiers jours de vie, un bébé semble développer des comportements d'attachement de styles différents selon la disponibilité psychique des « *caregivers* » qu'il rencontre surtout s'ils offrent une alternative à la défaillance parentale. Un bébé peut faire successivement et/ou simultanément des expériences d'attachement « *insécure* » voire « *désorganisé* » avec un parent en difficulté et « *sécure* » avec l'autre parent ou avec un professionnel, ce qui avait déjà été décrit pour des enfants plus âgés en cas de dépression du post-partum².

En quelque sorte, un nouveau-né est déjà capable de repérer très vite la figure d'attachement la plus fiable à sa disposition, c'est-à-dire la plus désireuse et la plus efficiente pour répondre au mieux à ses besoins, dans la majorité des cas, sa mère ou ses parents.

Cela suppose d'accorder à l'enfant une certaine capacité à choisir les liens qui lui conviennent et ceci de façon très précoce. Ceci nécessite d'accorder au nourrisson une intelligence sociale précoce, avec une part de subjectivité, c'est-à-dire « *les rudiments d'une conscience individuelle et intentionnelle* »³, qu'il adapte et ajuste « *à la subjectivité des autres* », ce qui le fait entrer dans l'intersubjectivité. Une véritable révolution copernicienne.



Sortir de la confusion conceptuelle entre attachement et lien

Si l'attachement est la compétence innée du bébé à rechercher le commerce des humains, l'expérience positive de soins adaptés et suffisamment bons l'aidera à construire une confiance dans sa capacité à susciter une attitude protectrice chez les adultes, une véritable « assurance tous risques », et particulièrement de la part de sa figure d'attachement privilégiée. Cette confiance, en soi et dans l'autre, qui résulte de la somme intériorisée d'expériences d'attachement sécuritaire, va permettre à l'enfant de nouer des liens affectifs de qualité, qu'ils soient filiaux, affiliatifs, ou fraternels.

Au contraire, si l'enfant ne fait que des expériences d'attachement insécure voire désorganisé, il ne pourra pas acquérir cette confiance, en soi et dans l'autre, et sera en grande difficulté pour faire exister des liens affectifs qui tiennent. Blessés au plan narcissique, hyperesthésiques au plan relationnel, ils en viennent même à « attaquer le lien », et finissent par être rejetés. C'est une des causes méconnues du turn-

over rapide de certains enfants entre les lieux de placement, même chez de jeunes bébés.

Un paradoxe théorique : la séparation peut soigner l'attachement

S'il ne rencontre que des réponses peu sécurisantes car inconstantes, discontinues ou inadaptées, et sans substitution affective possible, le bébé verra sa compétence d'attachement découragée puis anéantie et aboutir à un attachement « désorganisé ». Le développement psychique sera alors perturbé dans un éventail allant de troubles anxieux, d'expression somatique ou comportementale, à de véritables déstructurations psychiques⁴, pouvant aller jusqu'à des tableaux quasi autistiques⁵. Ces bébés laissés dans leur famille développeront alors des tableaux relevant de l'hospitalisme à domicile⁶.

La recherche par l'enfant de sécurité affective auprès des professionnels est de ce point de vue le signe fort d'un « lien insécure » vis-à-vis de ses parents et qui témoigne aussi que ce bébé cherche, encore, à éprouver une « expé-

rience d'attachement sécuritaire » vis-à-vis de professionnels étrangers à la famille⁷. La préservation de la compétence d'attachement sécuritaire du bébé est essentielle pour son avenir. Préserver et soigner la compétence d'attachement du bébé, nécessitant parfois un étayage autour de l'enfant et/ou une séparation du milieu familial, un vrai paradoxe théorique, peut permettre de sauvegarder sa capacité future à créer des liens affectifs durables et de qualité.

1. J'ai choisi ce terme de « bébés Wi-Fi » par analogie avec les appareils électroniques portables qui scannent de façon discriminative les bornes numériques alentour à la recherche de la meilleure borne de connexion.

2. Howes, C., (1999) Attachement relationships in the context of multiple caregivers. In J., Cassidy, & P.R., Shaver, (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications*. New York, London: The Guilford Press, p. 671-687.

Howes, C., & Spieker, S., (2008) Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J., Cassidy, & P.R., Shaver, (Eds.) *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press, p. 317-333.

3. Trevarthen, C., Aitken, K.J., (2003) Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4) : 309-428.

4. Aubry, J., (1955) *La carence de soins maternels*. Paris : Puf, p. 124.

5. Rutter, M., et al. (1999) Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(4) : 537-549.

6. Rousseau, D., Duverger, P., (2011) L'Hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 1(50) : 127-137.

Diatkine, G., (1979) Familles sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. *Psychiatrie de l'enfant*, XXII, 1 : 237-273.

7. Rousseau, D., (2013) *Le pouvoir des bébés*. Paris : Max Milo.

Publicité



Le sommeil dans la petite enfance : normalité et troubles

Lyliane Nemet-Pier, psychologue-clinicienne et psychanalyste

Ce trouble peut témoigner d'un aménagement de l'espace qui ne convienne pas ou d'un problème éducatif.

Mais il est souvent le symptôme d'une souffrance de l'enfant ou de sa famille qui entravera plus ou moins gravement sa croissance, les interactions précoces et les facteurs d'attachement avec les siens.

Il est faux de penser que ce symptôme finira par passer. Aussi est-il important de ne pas le négliger dans la petite enfance et de s'y intéresser le plus tôt possible, de décrypter ces signes bruyants, de trouver des pistes et des solutions.

Histoire familiale, périnatalité, installation du coin pour dormir, comment organiser le quotidien d'un bon sommeil.

Samedi 6 juin 2015¹

- Généralités sur le sommeil et les rythmes biologiques
- La chambre et le lit de l'enfant
- Le coucher et les difficultés d'endormissement
- Les réveils multiples

- L'insomnie joyeuse
- Dans le lit des parents
- La consultation thérapeutique de sommeil

Coût de la formation : 300 €

Téléchargez le bulletin d'inscription sur www.formation-enfance.fr

Pour plus de renseignements, contacter Laetitia :

40, avenue Saint-Jacques - 91 600 Savigny-sur-Orge

09 64 02 63 01 - Fax : 01 69 44 53 70 - formationpetiteenfance@yahoo.fr