



HAL
open science

Sur l'émergence du sujet chez le bébé sourd : étude des champs pulsionnels

Aurélie de Clerck

► **To cite this version:**

Aurélie de Clerck. Sur l'émergence du sujet chez le bébé sourd : étude des champs pulsionnels. Psychologie. Université Paris Cité, 2023. Français. NNT : 2023UNIP7241 . tel-04702439

HAL Id: tel-04702439

<https://theses.hal.science/tel-04702439v1>

Submitted on 19 Sep 2024

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 Paris Cité

École doctorale Recherche en Psychanalyse et Psychopathologie

ED450

Laboratoire CRPMS

Sur l'émergence du sujet chez le bébé sourd : étude des champs pulsionnels

Par Aurélie DE CLERCK

Thèse de doctorat de Psychopathologie et Psychanalyse

Dirigée par **Erika Parlato-Oliveira**

Soutenue publiquement le 04/12/2023

Devant un jury composé de :

Président du jury : **Marcela Gargiulo**, Professeur, Université Paris Cité

Directrice : **Erika Parlato-Oliveira**, Professeur, Université Paris Cité

Rapporteurs : **Sirley Carvalho**, Professeur, Université UFMG, Brésil

Denis Mellier, Professeur émérite, Université Franche-Comté

Examineur : **Bernard Golse**, Professeur émérite, Université Paris Cité

Résumés

Titre : Sur l'émergence du sujet chez le bébé sourd : étude des champs pulsionnels

Résumé : Cette thèse s'intéresse à la constitution psychique chez le bébé sourd. La problématique est issue d'une pratique clinique de 15 années en CAMSP spécialisé en surdité et en CAMSP Polyvalent. Le constat est qu'il existe un risque de trouble psychopathologique venant s'ajouter à la surdité infantile (Chilosi, et al. 2010, Corralès et Oghalaï, 2013). Il existe un risque de sur-handicap psychique chez les jeunes enfants qui présentent un handicap (Haag, 1994). Cette thèse se présente en deux volets : un premier travail s'est d'abord inscrit dans le cadre d'une étude adossée à une collaboration entre le CMP UTES (Unité Thérapeutique pour Enfants Sourds) et le service ORL de l'hôpital Necker, à l'initiative du Dr Favrot-Meunier (pédopsychiatre UTES). Le projet de cette recherche appelée « EnTNDre » est de mener une étude prospective observationnelle d'une cohorte de bébés diagnostiqués sourds. Il s'agit d'approfondir la compréhension de la construction psychique du bébé sourd, en nous appuyant sur les avancées cliniques dans le domaine du neuro-développement ; et de repérer les signes précoces de souffrance psychique, à l'aide notamment de la grille Olliac-PREAUT. Les résultats indiquent que le bébé sourd qui n'a pas de facteurs associés de TND est tout aussi compétent que le bébé entendant, même s'il rencontre des défis supplémentaires dans son développement. Une seconde partie de la thèse s'est appuyée sur l'analyse de la psychothérapie d'un bébé sourd avec facteurs associés de risques de TND, suivi en psychothérapie au sein du CAMSP selon le dispositif filmé de psychothérapie bébé-parent (RIEPP). Suivant une méthodologie du "trait" dans la recherche en psychanalyse (Couvert, 2022), nous avons fait le pari de nous laisser enseigner par ce bébé les fondements de la constitution du sujet. Nous reconnaissons sa compétence malgré sa vulnérabilité. A travers la micro-analyse des films de la psychothérapie nous procédons à une articulation théorico-clinique qui permet d'éclairer le rôle de la pulsion dans la constitution des enveloppes psychiques.

Mots-clés : Nourrisson, surdité, TSA, psychothérapie, pulsions, enveloppes psychiques, intersubjectivité, psychanalyse, développement.

Title : The emergence of the subject in the deaf baby: a study on drive fields

Abstract : This thesis focuses on the psychological constitution of deaf babies. The problematic arises from 15 years of clinical practice in CAMSP specializing in deafness and in CAMSP Versatile. The observation is that there is a risk of psychopathological disorder in addition to childhood deafness (Chilosi, et al. 2010, Corralès and Oghalaï, 2013). There is a risk of additional psychological disability in young children who have a disability (Haag, 1994). This thesis is presented in two parts: a first work was part of a study led in collaboration between the CMP UTES (Therapeutic Unit for Deaf Children) and the ENT department of Necker hospital, on the initiative of Dr Favrot-Meunier (UTES child psychiatrist). The project of this research called “EnTNDre” is to conduct a prospective observational study of a cohort of babies diagnosed deaf. The aim is to deepen our understanding of the psychological construction of the deaf baby, drawing on clinical advances in the field of neurodevelopment; and to identify early signs of psychological suffering, using in particular the Olliac-PREAUT grid. The results indicate that the deaf baby who does not have associated factors of NDD is just as competent as the hearing baby, although he or she encounters additional challenges in their development. A second part of the thesis was based on the analysis of the psychotherapy of a deaf baby with associated TND risk factors, followed in psychotherapy within the CAMSP according to the filmed baby-parent psychotherapy system (RIEPP). Following a “trait” methodology in psychoanalysis research (Couvert, 2022), we took the gamble of letting this baby teach us the foundations of the constitution of the subject. We recognize his or her competence despite their vulnerability. Through the micro-analysis of psychotherapy films we carry out a theoretical-clinical articulation which allows us to shed light on the role of the drive in the constitution of psychic envelopes.

Key-words: Infant, deafness, ASD, psychotherapy, drives, psychic envelopes, intersubjectivity, psychoanalysis, development.

*À mes enfants,
Félix et Amandine*

*« Tout est beaucoup plus simple que l'homme ne peut l'imaginer et
beaucoup plus complexe qu'il ne peut le comprendre. »*

(Goethe)

Remerciements

En premier lieu, je voudrais remercier sincèrement Erika Parlato-Oliveira pour avoir accepté de diriger ma thèse. La vivacité et l'énergie de sa pensée m'ont apporté un soutien sans faille tout au long du doctorat. Ses qualités pédagogiques ont su animer et guider subtilement mon questionnement de chercheuse.

Je remercie également profondément le Docteur Claire Favrot-Meunier. Notre rencontre il y a plus de dix ans, dans un hôpital de jour pour enfants sourds et autistes, fut déterminante dans la suite de mon parcours professionnel en tant que clinicienne et en tant que chercheuse. Je la remercie pour sa confiance et pour son amitié qui ont été des appuis fondamentaux sans lesquels ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Je remercie les membres du jury, les Prs Denis Mellier, Marcela Gargiulo, Sirley Carvalho et le Pr Bernard Golse, pour l'honneur qu'ils me font en s'intéressant au travail réalisé au cours de cette thèse. Chacun d'eux a tenu un rôle dans la poursuite de cette recherche.

Ma pensée se tourne également vers les membres des deux groupes de recherche auxquels j'ai eu la chance de prendre part (UTES et ASM 13). Je remercie plus particulièrement Salomé Akrich, Alice Martins, Zoubida Berrada, Laura Roman-Teboul, Solène Ekizian, et Marie Nilles. J'ai eu beaucoup de plaisir à collaborer et à cheminer côte à côte durant ces années de thèse.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à la direction du CAMSP pour son soutien dans la réalisation de cette thèse. Je remercie sincèrement le médecin directeur du CAMSP Hovia, le Dr Sonia Noël-Couillard, pour son engagement dans l'action médico-sociale précoce et en faveur d'une action préventive dès le plus jeune âge. Son ouverture et sa confiance m'ont permis de m'engager dans la psychothérapie de bébés vulnérables au sein du CAMSP et de réaliser ce travail de recherche à partir d'un cas issu de cette clinique. Je remercie également la direction administrative du CAMSP, M. Christophe Pénicaut, puis Mme Valérie Chevalier, actuelle directrice, pour leur soutien respectif dans les projets développés au sein du CAMSP, ainsi que mes chères collègues du CAMSP Hovia pour leurs encouragements, leur bienveillance et leur créativité qui font tout le plaisir et la richesse

du travail d'équipe. J'ai une pensée également pour chacune de mes anciennes collègues du CAMSP Espoir 93 et du Centre National de Ressources Handicaps Rares Robert Laplane. Je les remercie pour la précieuse et généreuse transmission qui a accompagné mes premiers pas en tant que jeune psychologue. Je pense notamment à Martine Frischmann, rencontrée à l'aube de ma vie professionnelle et que j'ai eu le plaisir de recroiser à l'occasion de publications au cours du doctorat. Je lui suis tout particulièrement reconnaissante pour le temps accordé au travail minutieux de relecture.

Les stagiaires que j'ai eu la chance d'accueillir ont chacun été une source de vitalité dans ma pratique psychothérapeutique auprès des bébés et une aide extrêmement précieuse dans la réalisation de ce travail. Je pense en premier lieu à Marco Fernandes-Veloso, qui s'est engagé pleinement à mes côtés dans la psychothérapie de Seydou et a grandement collaboré à cette recherche. Je remercie également Louna Lazian et Maeva Da Cunha, pour leur présence fine et attentive, leurs questionnements vivifiants et leur patience pour le travail d'analyse des films.

Je remercie également Marie-Christine Laznik pour toute l'énergie déployée pour animer et organiser le réseau RIEPPI et former des praticiens pour recevoir des bébés à risque d'autisme. Je lui suis très reconnaissante pour son enseignement reçu dans le cadre de la formation RIEPPI, mais aussi dans les séminaires de l'ALI et en supervision.

Je voudrais également remercier Mme Christine Arnaud-Tanner pour l'oreille attentive qu'elle me prête et sans laquelle je n'aurais pu entendre la voix de mon désir.

Je remercie aussi tous les bébés rencontrés tout au long de ces années de pratique en CAMSP. Chacun d'eux m'a apporté un enseignement singulier et précieux guidant mon questionnement. Je remercie tout particulièrement Seydou ainsi que ses parents pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Merci à Adrien Prigent pour son amitié fidèle qui l'a menée à participer à une partie de ces travaux, et à tous mes amis pour leurs encouragements. Merci à mes très chers parents et très chers frères et sœur pour tout le soutien et l'affection dont ils m'entourent depuis toujours.

Du fond de mon cœur, je remercie mon admirable mari Jean-Rémi et mes merveilleux enfants Félix et Amandine, sans qui je ne suis rien.



Illustration : Aurore Petit (2019)

Une maman c'est comme une maison. Les fourmis Rouges : Montreuil

Préambule

Deux-dans

La grossesse de ma fille était tout particulièrement « à risque » en raison d'une pathologie gynécologique antérieure, nécessitant une intervention chirurgicale fragilisant sensiblement le col de l'utérus. Au début du suivi, le médecin obstétricien, chef de service d'une grande maternité niveau III, m'a présenté le protocole de surveillance de la grossesse en raison des risques accrus de fausse-couche tardive, que j'ai respecté scrupuleusement : allongée 4h par jour, sorties limitées à l'essentiel. Confinée avant l'heure, j'ai attendu ainsi, laissant sagement les semaines défilier, sans oser investir totalement ce bébé à venir. Comme en suspens.

Lors de la consultation du 5^{ème} mois, le gynécologue m'a annoncé d'un air réjoui : « Tout est parfait, votre bébé se tient tout au haut de l'utérus. C'est parfait, pour votre col, c'est comme si vous n'étiez pas enceinte ! ». J'ai réalisé avec émerveillement que ma fille était déjà là, d'une présence sensible et délicate, faisant son possible pour poursuivre sa croissance dans mon ventre... Sur le chemin du retour, je me suis autorisée un détour par un magasin de vêtements de bébés pour lui acheter son tout premier petit pyjama. Pour la première fois, j'oserai m'adresser à elle, la félicitant et l'encourageant à continuer ainsi. La grossesse s'est poursuivie sans encombre. Elle est née à terme, en parfaite santé. C'est aujourd'hui une joyeuse et merveilleuse fillette de 7 ans. Je n'ai eu de cesse de questionner les fondements de notre relation intersubjective à travers cette recherche.

Liste des principales abréviations

ABSM : Association bilan sensori-moteur

ACFOS : Action connaissance formation pour la surdité

ALI : Association Lacanienne Internationale

ANECAMSP : Association Nationale de l'Action Médico-Sociale Précoce

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BIAP : Bureau International d'Audio-Phonologie

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CEBES : Centre Expérimental du Bébé et de l'Enfant Sourd

CERAPHP : Comité d'Ethique pour la Recherche AP-HP

CHARGE: Coloboma, Heart Defects, Atresia choane, Retard growth/development, Genital /urinary abnormalities, ear abnormalities

CLB : Cradling Laterality Bias

COPES : Centre d'Ouverture Psychologique et Sociale

CRESAM : Centre de Ressources Expérimental pour enfants et adultes Sourds Aveugles et sourds Malvoyants

FM: Fidgeties Movements

FIV: Fécondation In Vitro

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospitalisation à Domicile

IC: Implant Cochléaire

IDS: Infant Directed Speech

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LPC : Langue Française parlée Complétée

LSF : Langue des Signes Française

M-CHAT : Modified Checklist Autism for Toddlers

MG : Mouvements Généraux

MIT-PB: Movement Imitation Therapy for Preterm Babies

PAG : Petit pour l'Age Gestationnel

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RIEPPPI : Réseau international d'études sur la psychopathologie et la psychanalyse de l'Infans

RAMSES : Réseau d'Actions Médico-Psychologiques et Sociales pour Enfants Sourds

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

SIICLHA : Séminaire inter-universitaire international sur la clinique du handicap

TSLO : Troubles Spécifiques du Langage Oral

TND : Trouble du neuro-développement

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

UFMG : Université fédérale du Minas Gerais

UTES : Unité Thérapeutique enfance et surdité

Sommaire

RESUMES	2
REMERCIEMENTS	6
PREAMBULE	9
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	10
SOMMAIRE	12
INTRODUCTION	16
I. LA RECONNAISSANCE DU SUJET : UNE BOUSSOLE	16
II. LA SURDITE : UN TERREAU FERTILE DE QUESTIONNEMENT	16
III. UN QUESTIONNEMENT THEORIQUE ETAYE SUR UNE PRATIQUE CLINIQUE	17
IV. LES BEBES : DES PROFESSEURS.....	20
V. PROBLEMATIQUES ET HYPOTHESES.....	23
A. <i>Étude de cohorte de bébés sourds</i>	24
B. <i>Étude d'un cas clinique</i>	25
VI. STRUCTURE DE LA THESE	27
LA CONSTITUTION PSYCHIQUE DU BEBE	30
I. LE BÉBÉ, UN SUJET PULSIONNEL, INTENTIONNEL ET EXPRESSIF	32
A. <i>Un bébé pulsionnel</i>	32
1. La pulsion, un concept freudien.....	32
2. La pulsion revisitée par Lacan.....	35
3. La pulsion dans la clinique des bébés « à risque ».....	40
4. La clinique pulsionnelle du bébé.....	44
B. <i>L'intentionnalité du bébé</i>	46
1. Le nouveau-né partenaire intersubjectif.....	47
2. La motivation intersubjective du bébé.....	50
3. Le bébé, un sujet qui s'affirme.....	54
4. Vers une intentionnalité fœtale ?	55
C. <i>Un bébé qui s'exprime</i>	58
1. Les savoirs du bébé	58
1. La pulsion invocante est multimodale	60
2. Le trait, une expressivité singulière du bébé	65
II. ENVELOPPES ET CONTENANCE, DU CÔTÉ DE L'AUTRE.....	68
A. <i>Les enveloppes corporo-psychiques</i>	68
1. Le Moi-Peau	69
2. Le Moi Corporel.....	71
3. Le rôle de la pulsion dans la constitution des enveloppes psychiques.....	72
B. <i>La contenance dans les registres pulsionnels</i>	76

1.	Le tactile	76
2.	L'invocant	78
3.	Spécularité et contenance.....	84
	<i>Conclusion</i>	91
III.	LE BÉBÉ VULNÉRABLE	93
A.	<i>Le modèle du neuro-développement</i>	93
1.	Définition	93
2.	Trajectoire neuro-développementale	93
3.	Le premier semestre de vie : période sensible	93
B.	<i>Les troubles du neuro-développement</i>	95
1.	Définition	95
2.	Facteurs de risques de TND.....	96
3.	Prévention des TND	97
C.	<i>Les TSA : un trouble du mouvement intentionnel et de l'engagement affectif</i>	98
1.	Définitions et prévalence	98
2.	Signes précurseurs de TSA dans le premier semestre de vie.....	101
3.	Effets des perturbations de la motricité du bébé sur la relation	104
4.	Perspectives de recherche sur le bébé vulnérable	108
5.	Des bébés vulnérables mais néanmoins compétents	111
	<i>Conclusion</i>	115
	ANALYSE DES PROFILS DE DEVELOPPEMENT AU SEIN D'UNE COHORTE DE BEBES SOURDS..	116
	<i>Introduction</i>	116
I.	INTRODUCTION A LA SURDITÉ CONGÉNITALE INFANTILE	117
A.	<i>Perception auditive et types de surdité</i>	117
B.	<i>Dépistage et diagnostic de surdité</i>	119
C.	<i>Étiologies des surdités</i>	120
D.	<i>Accompagnement et soins du jeune enfant sourd et de sa famille</i>	121
E.	<i>Enjeux de la recherche en surdité</i>	122
II.	LE DÉVELOPPEMENT RELATIONNEL DU BEBE SOURD	124
A.	<i>Intersubjectivité primaire</i>	125
1.	Giron, bercement et prosodie	125
2.	Les modalités sensorielles dans les échanges du bébé sourd.....	128
3.	La pulsion invocante chez le bébé sourd	130
B.	<i>L'intersubjectivité secondaire</i>	134
1.	L'attention conjointe du bébé sourd	134
2.	Les compétences socio-communicationnelles du bébé sourd.....	135
	<i>Conclusion</i>	137
III.	LE BEBE SOURD AVEC TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT	138
A.	<i>Epidémiologie</i>	138
B.	<i>Étiologies</i>	138
C.	<i>Les troubles vestibulaires</i>	139

D.	<i>Les troubles visuels et neurovisuels</i>	141
E.	<i>Effet cumulatif de la surdité et des facteurs de risque de TND</i>	142
F.	<i>Autisme et surdité</i>	143
G.	<i>La LSF dans la constitution psychique chez l'enfant sourd</i>	144
H.	<i>Les outils de dépistage et de diagnostic de TSA en surdité infantile</i>	146
IV.	PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE DE LA COHORTE	149
A.	<i>Cadre de la recherche</i>	149
1.	Le partenariat UTES-Necker	149
2.	Hypothèse de travail	150
3.	Le groupe de recherche	150
4.	Notre participation	150
5.	Méthodologie des travaux préalables	151
B.	<i>Constitution de la cohorte</i>	152
1.	Une consultation de développement filmée au sein du service ORL	152
2.	Les critères d'observation clinique en consultation	152
C.	<i>Catégorisation clinique des profils développementaux</i>	154
1.	Analyse des films	154
2.	Première catégorisation clinique	154
D.	<i>Cotation à l'aide de la grille OLLIAC-PREAUT</i>	156
1.	Rappels sur la grille Olliac-Préaut	156
2.	Cotation des vidéos	157
3.	Recueil et analyse semi-quantitative des données	157
4.	Présentation des résultats	158
5.	Comparaison des scores avec la première catégorisation	159
6.	Seconde catégorisation clinique	160
E.	<i>Discussion des résultats</i>	161
1.	« Incohérence » entre le score Olliac-Préaut et l'examen clinique	161
2.	Scores intermédiaires	165
3.	Quelques perspectives de la recherche-action	167
V.	CONCLUSION	169
	SEYDOU, UNE HISTOIRE SINGULIERE	173
	<i>Introduction</i>	173
I.	LE CADRE INSTITUTIONNEL	173
A.	<i>Le CAMSP</i>	173
B.	<i>Le dispositif de psychothérapie bébé-parent RIEPPI</i>	174
1.	Le Nebenmensch	174
2.	Les appuis : une contenance corporo-psychique	175
3.	La reconnaissance du sujet	176
4.	Le parent dans le transfert	177
5.	La personne qui filme : un co-thérapeute	177
6.	La micro-analyse et le découpage de séquences	178

7.	L'analyste, un entremetteur ?	179
II.	CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	180
A.	<i>Partons de la clinique</i>	180
B.	<i>Posture psychanalytique : entre clinique et recherche</i>	180
C.	<i>La recherche au singulier</i>	181
III.	ASPECTS METHODOLOGIQUES.....	182
A.	<i>Une méthodologie de recherche étayée sur une posture clinique psychanalytique</i>	182
B.	<i>Méthodologie du « trait » dans la recherche en psychanalyse</i>	182
C.	<i>Les films : aspects techniques et éthiques</i>	183
D.	<i>La microanalyse des films : un accès à l'inconscient du bébé ?</i>	184
IV.	L'HISTOIRE DE SEYDOU	185
A.	<i>Antécédents médicaux</i>	185
B.	<i>L'enveloppe comme « trait »</i>	187
C.	<i>Le ratage du premier temps de la pulsion orale et la fermeture des lèvres</i>	189
D.	<i>« Hum...miam » ... « c'est bon ! » : une ouverture libidinale</i>	191
E.	<i>Seydou symbolise la recherche des enveloppes : la pulsion invocante</i>	192
F.	<i>Le champ spéculaire</i>	193
G.	<i>Pulsion tactile et pulsion motrice</i>	196
H.	<i>Les re-trouvailles</i>	198
I.	<i>Transfert et contenance psychique à distance : la possibilité d'un apaisement</i>	201
1.	La contenance de l'interprétation	203
2.	La contenance rythmique	204
3.	La contenance du transfert	204
4.	L'intrication pulsionnelle.....	205
5.	Dispositif psychanalytique à distance	206
V.	CONCLUSION.....	208
	CONCLUSION GENERALE.....	210
I.	PREMIER VOLET : ETUDE DE COHORTE	211
II.	SECOND VOLET : ETUDE D'UN CAS SINGULIER	213
	ANNEXES	217
A.	<i>Grille Olliac-Preaut</i>	217
B.	<i>Documents relatifs à l'éthique de la recherche</i>	218
C.	<i>Tableaux de synthèse bibliographiques</i>	219
D.	<i>Publications en rapport avec la thèse</i>	221
E.	<i>Présentations en rapport avec la thèse</i>	222
	BIBLIOGRAPHIE.....	223
	TEXTES INTEGRAUX DES PUBLICATIONS	248

Introduction

I. La reconnaissance du sujet : une boussole

Nous avons obtenu le titre de psychologue du développement en juin 2006, à l'issue du Master effectué à l'Université Paris Cité (anciennement Paris V), après une licence obtenue à l'Université Catholique de l'Ouest. Nous avons alors découvert une introduction à la psychologie du développement, qui présentait une vision évolutive de l'individu à travers les âges de la vie, depuis la naissance jusqu'à la fin de la vie. Nous avons gardé de cet enseignement l'idée que chacun évolue et se transforme tout au long de sa vie. C'est aussi l'enseignement fondateur que nous gardons de notre professeur M. Dominique Colin, anciennement professeur à Paris V. Il nous a également transmis une boussole précieuse pour guider notre rôle de psychologue dans les institutions médico-sociales : celle de défendre la reconnaissance en place de « sujet » de celui qui est qualifié « d'usager » dans les textes officiels, en veillant à la tendance insidieuse des logiques institutionnelles qui peut placer la personne vulnérable, celle dont on s'occupe et que l'on soigne, en place « d'objet » de soins. Il nous alertait sur les risques et les effets délétères de cette destitution subjective, définissant ainsi l'essentiel de notre mission en tant que psychologue en institution : préserver la reconnaissance du sujet. Nous le remercions pour cette boussole, précieux outil en tant que jeune psychologue, qui continue de nous guider au quotidien dans l'accompagnement des bébés et jeunes enfants, au CAMSP.

II. La surdité : un terreau fertile de questionnement

C'est en master que nous nous sommes plongée dans l'univers de la surdité, sous prétexte de mieux comprendre les rapports entre le langage et le développement chez l'enfant. Suivant en parallèle une formation à la Langue des Signes Française (LSF), nous avons réalisé nos deux mémoires de master sur la question de la surdité (Master 1 : la construction de la conscience phonologique chez les jeunes sourds ; Master 2 : la place de l'implant cochléaire dans le vécu parental de la surdité). Nous effectuons dans le même

temps un stage au CAMSP Surdité Espoir 93¹ et au CEBES², qui nous permet de nous intéresser aux premiers temps de vie du bébé sourd et de celle de sa famille, au moment du diagnostic de surdité. Notre premier poste en tant que psychologue sera au sein du CAMSP Espoir. Nous y travaillerons une dizaine d'années.

III. Un questionnement théorique étayé sur une pratique clinique

En parallèle, nous poursuivons notre cursus en effectuant en 2007 le DU de Psychopathologie Périnatale (dirigé par les Prs Golse et Soulé, Paris V). A la recherche de ponts et de liens entre les domaines d'études, qu'ils se situent dans le champ des neurosciences et de la psychanalyse, nous suivons assidûment les séminaires de neuro-psychanalyse (Psynem), organisés par le Dr L. Ouss. Nous nous inscrivons également dans des groupes de réflexions de psychologues en surdité coordonnés par le réseau RAMSES³. Nous prenons un second poste dans une institution pour enfants sourds ( cole spécialisée D. CASANOVA, section SEES, 6-12 ans). Nous effectuons également quelques vacances auprès d'adultes sourds en recherche d'emploi (SERAC Formation, GRETA). Nous suivons régulièrement les séminaires organisés par le SIICLHA⁴ qui ont permis que se déploie une

¹ Le CAMSP surdité Espoir 93, dans lequel nous avons été en stage puis en poste en tant que psychologue entre 2005 et 2015, est situé à Noisy-le Sec (93). Il est aujourd'hui dirigé par l'association Ellen Poidatz.

² Le Centre Expérimental du Bébé et de l'Enfant Sourd (CEBES)  tait un CAMSP spécialisé en surdité situé dans le 6 me arrondissement et géré par l'association Entraide Universitaire. Il est devenu le pôle surdité du CAE Jeanine Lévy rue de Rozanoff (Paris 12 me).

³ Réseau d'Actions Médico-psychologiques et Sociales pour Enfants Sourds. L'association RAMSES a pour vocation de former un réseau entre les différents professionnels concernés par la santé mentale des enfants et des adolescents sourds. RAMSES initie des recherches et développe des actions, au-delà des spécificités professionnelles et des enjeux institutionnels <https://www.ramses.asso.fr/>.

⁴ <https://www.siiclha.com/>

pensée psychanalytique dans le champ du handicap et de la maladie (Gargiulo et al., 2021), et assistons aux colloques spécialisés en surdité (RAMSES, ACFOS).

Nous approfondissons alors les effets du traumatisme de l'annonce du handicap, qui entraîne une blessure narcissique parentale, une possible rupture de la filiation, telle qu'elle est exposée dans la pensée de Korff-Sausse (1996), ou de Ciccone (2013). Les conséquences psychiques du handicap sont envisagées dans ce qui va être atteint dans la vie psychique des parents et de la fratrie lorsqu'un sujet est handicapé. La vulnérabilité psychique du bébé sourd ou avec handicap y est située du côté de l'Autre, qu'il s'agisse du monde médical annonceur de diagnostic, ou encore des parents, alors traumatisés, culpabilisés et en deuil, n'étant plus en mesure de s'identifier à leur bébé et de nouer avec lui une relation à la fois chaleureuse et étayante. Dans la clinique, le rôle du psychologue se conçoit alors essentiellement du côté du soutien parental face au deuil de l'enfant idéal. Il s'agit de les restaurer narcissiquement, afin que puissent se remettre en route les processus affectifs identificatoires avec leur bébé, permettant l'inscription de l'enfant dans une filiation symboligène. Le propos est ici largement raccourci, et le trait est grossi, mais cela nous permet d'esquisser rapidement les contours théoriques et cliniques qui se dessinent à ce moment de notre parcours, avant d'introduire les questions qui restaient pour nous malgré tout en suspens. Engagée dans l'action médico-sociale précoce, nous sommes attachée à la dimension de prévention, tout particulièrement concernant le versant psychique. Le sur-handicap psychique est un thème connu dans la clinique des handicaps, mais extrêmement complexe à désintriquer. Haag (1994) a mentionné trois grandes catégories de facteurs de sur-handicap psychique : l'altération des relations précoces en lien avec le traumatisme familial du handicap ; les effets de rupture et de discontinuité liés aux événements médicaux ; le défaut d'ajustement des soins au regard de la vulnérabilité de construction du moi corporel de l'enfant.

Ainsi, nous nous sommes sentie impuissante à accompagner la mère profondément déprimée et ambivalente d'Elohim qui, dans un déni du handicap de son fils, refusait toute suppléance technique (appareillage) ou langagière (LSF, code LPC) pour son petit garçon sourd, qui présentait également une fragilité relationnelle importante. Nous avons également peiné à aider Luigi, porteur d'une surdité fluctuante, ainsi que ses parents attentifs et chaleureux, dont les symptômes d'insécurité massive et de rigidité comportementale ont mené par la suite à un diagnostic de TSA associé. Mais nous avons

aussi admiré le joli visage poupin de Maryam, adorable petite fille de 15 mois, qui redoublait ses charmes à mesure que sa mère s'effondrait en larmes, en évoquant le « monstre » qu'elle voyait lorsqu'elle regardait sa fille, depuis l'annonce de surdité. Malgré l'image terrifiante qui se présentait aux yeux de sa mère profondément effondrée, Maryam poursuit son développement de manière tout à fait favorable et ordinaire. Le devenir psychique de ces enfants semblait être lié à différents facteurs en jeu, et ne pas être uniquement corrélé à l'état psychique de leurs parents.

Du côté de la surdité, les prises de position du collectif RAMSES contre le dépistage néonatal de surdité et rejoignant le militantisme Sourd, en défendant l'usage de la LSF, nous paraissent également insuffisants à rendre compte de la diversité des situations cliniques rencontrées. Les facteurs impliqués dans la construction psychique du bébé sourd sont bien évidemment plus complexes. Ils dépassent la question du traumatisme de l'annonce d'un handicap et de la blessure narcissique parentale. De même on trouve l'idée que la vulnérabilité psychique du bébé sourd est liée à un manque d'accès au symbolique, du fait d'un manque d'exposition précoce à une langue dite « naturelle » (Farges, 1998). Mais la singularité de chacune des situations rencontrées nous renvoie du côté du sujet, du bébé, de ses possibilités de se subjectiver et d'entrer en relation.

Bien d'autres situations nous reviennent, qui nous ont régulièrement confrontée à l'épineuse question de nous centrer tantôt sur l'écoute de la souffrance des parents et du soutien des possibilités de résilience parentale, ou bien plutôt de celle de l'enfant sourd, à la fois compétent et vulnérable dans son développement et sa constitution psychique.

Par ailleurs, nous prenons part aux questionnements cliniques transdisciplinaires qui se tissent autour de la problématique des enfants sourds avec troubles associés, cas dit complexes, qui composent une part de plus en plus importante des effectifs au sein des institutions, à mesure que la progression des soins et la logique inclusive permettent aux bébés ayant une surdité simple d'être suivis en libéral. On estime qu'environ 1/3 des enfants sourds sévères ou profonds présentent des troubles associés, pouvant comporter des complications psychiatriques sévères.

Nous prenons un poste de psychologue au Centre National de Ressources Robert Laplane⁵, qui a une mission d'expertise pour ces situations cliniques relevant du handicap rare. Nous y avons puisé un engagement et un enseignement auprès des professionnels engagés et rigoureux que nous y avons rencontré, et qui nous ont transmis leurs savoirs avec bienveillance et générosité. Nous y avons notamment approfondi nos connaissances dans le champ de la neuropsychologie, telle qu'elle peut être cliniquement appliquée pour éclairer les mécanismes intriqués (et les entraves) qui viennent constituer les fonctions instrumentales et cognitives nécessaires au développement relationnel et langagier de l'enfant. Nous y avons fait la connaissance du Dr. Favrot-Meunier, alors médecin-directrice d'un hôpital de jour pour enfants sourds et autistes.

Les situations cliniques que nous rencontrons sont d'une très grande complexité. Notre cheminement professionnel nous menait alors à chercher d'autres réponses du côté de la psychanalyse. Nous quittons le Centre National de Ressources Laplane en 2012. Nous voulons pouvoir proposer des psychothérapies aux bébés et jeunes enfants. En 2015, nous commençons la formation à l'observation des bébés selon Esther Bick auprès de Rosella Sandri (COPES).

IV. Les bébés : des professeurs

La même année, nous quittons le CAMSP surdité Espoir 93 et prenons un poste de psychologue au CAMSP polyvalent HOVIA (anciennement Moulin Vert). Le caractère polyvalent de ce CAMSP ouvre notre horizon clinique. Dans le même temps, nous affûtons

⁵ Le Centre National de Ressources Handicaps Rares (CNRHR) Robert Laplane : Surdité et troubles du langage. Il est situé rue Daviel, historiquement accolé au Centre pour Enfants Pluri-handicapés. L'expertise du centre de ressources est issue de la démarche de communication alternative et améliorée développée dans ce centre pour répondre aux besoins spécifiques d'enfants combinant plusieurs atteintes, sensorielles, cognitives, motrices, entravant particulièrement le développement langagier. Nous remercions nos collègues pour la richesse et la profondeur des échanges que nous y avons trouvés, et qui ont contribué aux prémises de notre questionnement. <https://www.cnrlaplane.fr/>

notre écoute clinique de la singularité des jeunes patients que nous rencontrons, à qui nous avons la possibilité de proposer des psychothérapies.

Il nous semble que chaque patient a apporté une pierre à notre questionnement. Nous avons à cœur de nous mettre à l'écoute de l'infans, de la part la plus infantile des jeunes enfants que nous rencontrons. Nous écoutons le bébé en chacun d'eux.

Brahim est un jeune garçon que nous avons suivi en psychothérapie entre ses 3 et ses 6 ans. Il était suivi au CAMSP depuis la naissance, en raison d'une naissance prématurée (31 semaines). Son frère aîné, d'un an plus âgé, était également suivi, mais pour d'autres raisons. Le contexte familial est peu porteur, la famille est dans une situation précaire sur le plan administratif. Au CAMSP, le jeune Brahim avait bénéficié d'un suivi en psychomotricité et de groupes mère-bébés. Il était accueilli en crèche et montrait des difficultés de comportement importantes, avec des gestes violents et agressifs. L'éducatrice faisait l'interface avec la crèche, mais l'accueil à l'école semblait compromis en raison d'un trop grand décalage de développement. Nous sommes alors sollicitée par la pédiatre pour effectuer une psychothérapie mère-enfant. Nous recevons régulièrement l'enfant et sa mère. Celle-ci montre des résistances importantes à l'évocation de son passé et de l'histoire néonatale de son fils, dont nous savons très peu de choses. Pour elle, il ne peut pas se souvenir, elle ne veut pas en parler. Au bout d'une année, nous nous sentons dans une impasse, nous ne voyons plus comment continuer à les aider. Mais la mère insiste et exprime le désir de poursuivre ce suivi, ce que nous acceptons.

Lorsque nous nous revoyons, après les congés d'été, il se trouve que nous approchons de la date anniversaire de Brahim. Nous apprendrons alors que jamais ils n'ont pu fêter cet anniversaire, car Brahim tombe toujours malade à ce moment de l'année. La fête est toujours reportée de plusieurs semaines... Ce sera l'occasion de mettre en évidence auprès de la mère les réminiscences du vécu infantile de Brahim, ce qui a enfin ouvert la possibilité d'évoquer son histoire néonatale. Dans la suite de la psychothérapie nous verrons se dérouler le récit de sa première année de vie mis en mots par la maman, et mis en gestes et en jeux par Brahim. Nous l'écouterons nous faire part de la violence éprouvée dans les soins intrusifs et répétés, son jeu témoignera d'un vécu de désorganisation en lien avec une grande discontinuité des liens, liée à une alternance

incessante de périodes d'hospitalisation et de retour au domicile. Brahim a un corps grand et fort, malgré sa prématurité. Ses gestes paraissent maladroits et brusques. Ses intentions sont difficiles à interpréter, il inspire une certaine crainte d'un coup involontaire ou intentionnel. Malgré l'apparente imprécision de sa gestuelle, Brahim nous livre avec précision le récit détaillé de son histoire néonatale : d'une pièce métallique trouvée par hasard dans le bureau qui sera pressée avec force sur le visage de la poupée, il évoque les éprouvés des instruments durs et froids manipulés vigoureusement sur son propre corps ; la petite figurine bébé Playmobil insérée puis extraite répétitivement du petit frigo symbolise l'instabilité de son état et les séjours répétés en couveuse. Il en est de même du poupon bandé, jeté, repris... Au fil des séances, celui-ci pourra être finalement câliné, massé, caressé. Cela témoignera devant sa maman de ce que Brahim était aussi parvenu à intérioriser de « bon », de « doux » dans ses éprouvés archaïques.

La maman a pu percevoir le récit de son fils, reconnaître ce qu'il avait pu vivre de sa place de bébé. Nous avons été saisie de la vivacité de ce récit, qui n'avait pu être élaboré depuis la période néonatale. Brahim nous a enseigné sur la violence des éprouvés du bébé en cas d'hospitalisation néonatale. Son témoignage nous a alerté sur la grande vulnérabilité psychique des bébés qui connaissent des interventions et soins corporels intrusifs. Il nous a montré que, malgré l'immaturation de son appareil psychique à cette période de sa vie, il était capable d'en organiser un récit cohérent dans le cadre de la psychothérapie, plusieurs années plus tard. Ainsi, il a renforcé notre conviction de la nécessité d'écouter le vécu singulier des bébés qui connaissent un début de vie aussi traumatique, de soutenir leur possibilité d'élaboration et pas uniquement celles de leurs parents.

Au CAMSP, nous avons aussi fait la connaissance de Maxence, jeune garçon âgé de 5 ans, à qui nous devons proposer un bilan psychologique en vue de l'orientation à l'approche de la fin de son suivi. Maxence est un enfant intelligent, malgré une fragilité sur le plan visuo-spatial et visuo-constructif. Il est suivi au CAMSP depuis sa première année de vie pour des difficultés visuelles, avec la présence d'un strabisme divergent intermittent, d'étiologie inconnue. Lors du récit anamnestique des parents, en amont du bilan, nous comprenons qu'ils se sont séparés juste après la naissance de Maxence. Chacun a porté un regard différent sur ce bébé, la mère s'inquiétant des troubles visuels, mais pas le père. Lors de la restitution du bilan, nous observons attentivement Maxence,

assis sur une chaise, entre ses deux parents, les deux bras écartés pour tenir dans chacune de ses mains, d'un côté, son père et de l'autre, sa mère. Cette scène témoignait de la place que prenait cet enfant, presque physiquement écartelé entre les désaccords de ses parents. Comment ce bébé avait-il pu composer, s'organiser à la fois corporellement et psychiquement, dans ce contexte conflictuel ? Son trouble visuel « divergent » nous apparaissant comme la solution qu'avait pu trouver ce bébé pour se construire entre les deux regards « divergents » de ses parents portés sur lui, écartelé au cœur du conflit parental. Son symptôme apparaissait comme une « trouvaille » (Couvert, 2022). Le signifiant venant ici s'organiser comme symptôme et l'assignant à une place subjective dans le registre symbolique. Nous avons pu insister sur la nécessité d'apporter un soutien psychologique à ce garçon dans la suite de son parcours.

Ces deux situations illustrent pour nous cliniquement l'intrication des aspects somatiques et psychiques dans la construction subjective du bébé. Bien qu'il s'agisse de jeunes enfants, dans des situations cliniques très différentes, nous nous sommes laissée enseigner par le témoignage de leur vécu infantile en tant que bébé. Il nous fallait mieux comprendre les enjeux de la constitution subjective du bébé. Il nous fallait remonter le cours de la vie de l'enfant et aller à la rencontre du bébé, en tant que tout petit-sujet. Cela afin de mieux pallier les écueils qui se présentent et éviter que ne s'installe un sur-handicap psychique, comme cela avait été décrit par Haag (1994).

V. Problématiques et hypothèses

Ainsi, notre problématique trouve son ancrage dans notre expérience clinique de 17 années en CAMSP, et dans différentes institutions spécialisées pour enfants sourds, ou entendants ayant des fragilités de développement. Elle se construit d'abord sur le constat d'une plus grande vulnérabilité psychique des bébés et jeunes enfants qui présentent des atteintes somatiques, notamment sensorielles. L'hypothèse de cette vulnérabilité psychique comme essentiellement liée au traumatisme parental du handicap, empêchant les parents de faire l'hypothèse d'un sujet chez leur enfant, peine à rendre compte de la diversité et de la complexité des situations rencontrées. L'intrication des dimensions somatiques et psychiques dans la constitution subjective est au cœur de notre quotidien dans la clinique auprès des bébés vulnérables. Nous souhaitons comprendre comment ces

dimensions s'articulent dans les processus archaïques qui président à l'émergence de la vie psychique. Nous souhaitons pouvoir intervenir dès les premiers signes de souffrance psychique des bébés vulnérables, dans une perspective de prévention.

A. Étude de cohorte de bébés sourds

A ce point de notre cheminement, en 2018, nous reprenons contact avec le Dr Claire Favrot-Meunier qui, depuis sa place de pédopsychiatre au CMP UTES, est engagée dans des questionnements proches et démarre une collaboration avec le service ORL de Necker, dans le but de mieux cerner les enjeux du neuro-développement des bébés atteints de surdité et de repérer précocement des facteurs de risques de troubles associés au sein d'une cohorte de bébé sourds étudiée de manière prospective. L'approche neuro-développementale, associée à l'enseignement de Marie-Christine Laznik sur les bébés à risque de retrait relationnel (signe relationnel Olliac-Préaut et réanimation psychique RIEPPI), offre des possibilités d'intervention précoce en profitant d'une plus grande plasticité cérébrale. Nous développerons ces points plus avant dans notre propos.

Nous prenons part au projet et nous engageons vers le doctorat, sous la direction d'Erika Parlato-Oliveira, qui a une grande expertise sur les recherches menées sur le bébé et sur le travail de M.C. Laznik.

Hypothèse principale : Nous faisons l'hypothèse que l'étude prospective de cette cohorte nous apportera des informations sur les facteurs en jeu dans l'émergence du sujet chez le bébé sourd. Nous souhaitons observer l'expression spontanée de l'appétence relationnelle du bébé sourd, ses capacités à susciter et s'engager dans un échange plaisant avec son parent, ou le consultant.

Sous-hypothèse 1 : En particulier, notre bagage théorique et notre expérience clinique nous permettent de postuler que, malgré la surdité, le bébé sourd peut accéder à une construction subjective lui permettant de se structurer psychiquement. Nous savons que le bébé s'exprime de manière multimodale, à travers sa gestuelle, son regard, son éveil, ses vocalises. Nous souhaitons donc observer le bébé sourd de manière globale, la manière dont il s'organise sur le plan corporel et sensori-moteur, et dont il utilise son corps comme instrument de la relation.

Sous-hypothèse 2 : Nous postulons que cette observation prospective nous permettra un repérage des signes de fragilités neuro-développementales du bébé sourd, distinguant différents profils neuro-développementaux. Cette catégorisation développementale permettra de repérer une différence de structuration psychique pour les bébés sourds avec ou sans difficultés de développement associées.

B. Étude d'un cas clinique

L'approfondissement de la lecture de la théorie des pulsions nous apporte un éclairage du côté de ce qui vient au départ animer psychiquement le bébé, impulser un mouvement, qui vient s'adresser à l'autre et mettre en route son désir, qui sera moteur de développement. Nous avons rencontré tant de bébés et jeunes enfants en situation de retrait relationnel et en panne dans leur développement : nous voilà avec un outil théorique des plus précieux, qui s'appuie sur la reconnaissance du sujet, et permet d'intervenir dès les premiers signes de vulnérabilité pour soutenir l'appétence relationnelle et l'élan pulsionnel du bébé. La déclinaison détaillée de la clinique pulsionnelle du bébé proposée par Couvert (2018) nous permet d'envisager une grille de lecture méthodique et rigoureuse pour étudier la mise en route du circuit pulsionnel chez le bébé sourd, son rôle dans l'émergence du sujet.

Nous sommes soutenue par l'optimisme et l'ouverture de pensée d'Erika Parlato-Oliveira, qui nous engage à établir des ponts théoriques avec notre parcours développementaliste, et à nous fier toujours aux compétences du bébé, à nous laisser enseigner par lui ses savoirs. Nous élargissons nos lectures du côté de l'intersubjectivité, et de la part active jouée par le bébé dans la rencontre avec son milieu, les liens qu'il crée avec ceux qui lui sont proches et sa manière singulière d'être au monde dans une intersubjectivité.

Dans notre pratique clinique au CAMSP, soutenue par la direction médicale et par le travail transdisciplinaire, nous nous engageons plus avant pour intervenir auprès des bébés. Nous co-animons, avec une collègue infirmière puéricultrice et une pédopsychiatre, des temps de massages bébés-parents, dont nous parlerons plus avant. Nous nous formons à la psychothérapie de bébé filmée selon l'approche RIEPPI, que nous mettons peu à peu en place au sein du CAMSP, à l'aide d'une supervision.

Ainsi, dans une seconde partie de notre travail, nous avons suivi l'enseignement de Seydou, un bébé sourd de 9 mois, que nous avons reçu en psychothérapie durant une année, selon le dispositif psychothérapeutique filmé RIEPPI. Dans le cadre d'une méthodologie de recherche du cas unique (Widlöcher, 1999), nous avons procédé à l'analyse de séquences filmées extraites des séances.

Hypothèse 1 : Nous faisons alors l'hypothèse que suivant la grille de lecture proposée par Couvert, à l'aide de la micro-analyse des films, nous pourrions observer finement les particularités de mise en circulation pulsionnelle pour ce patient et dégager les leviers pulsionnels opérants au fil de cette psychothérapie.

Sous-hypothèse 1 : Guidée par notre boussole qui nous assure de rester du côté du sujet, et suivant la lecture de Couvert, qui nous enjoint à faire le pari d'un bébé analysant, nous suivons son trait. Nous faisons alors l'hypothèse que c'est l'écoute du bébé qui nous apportera des éléments de compréhension nouveaux concernant la constitution psychique du bébé. L'hypothèse est alors plus ouverte, car il s'agit d'une démarche de recherche qui s'inscrit dans la perspective psychanalytique, nécessitant une forme de « capacité négative ».

Sous-hypothèse 2 : Nous postulons que la grille de lecture de Couvert peut apporter de nouveaux éléments de compréhension de la vulnérabilité psychique du bébé sourd et éclairer ainsi les mécanismes de constitution subjective. L'étude du rôle de la pulsion en tant que moteur du développement apporte des perspectives novatrices et particulièrement fécondes pour reconnaître les compétences atypiques des bébés vulnérables, à risque de troubles du neuro-développement.

VI. Structure de la thèse

Ainsi, nous présentons les différents temps qui ont jalonné cette recherche afin d'introduire la manière dont nous avons structuré cet écrit. Un premier chapitre est consacré à une revue de littérature suivant les abords théoriques éclairant la constitution psychique du bébé ; un second chapitre expose l'étude d'une cohorte de bébés sourds ; le dernier chapitre est consacré à l'exposition d'un cas clinique.

Tout d'abord nous nous attacherons à déployer ce qui provient du bébé dans les premiers élans de la subjectivation. La pulsion, rouage qui articule le somatique avec le psychique, est un concept freudien, relu par Lacan. Il fut repris par Laznik (1993) dans la clinique du bébé, et elle en fit le signe d'alerte d'un risque d'autisme lorsque la pulsion ne circule pas du bébé vers son prochain secourable permettant de repérer un signe de vulnérabilité psychique dès 4 mois de vie grâce à la grille Olliac-Préaut (Olliac et al. 2017). Couvert (2018, 2022) s'inscrit dans la lignée de Laznik, tout en détaillant le rôle de la pulsion dans différentes symptomatologies ou tableau clinique du bébé. Elle déploie les registres tactiles et moteurs parmi les champs pulsionnels. Sa lecture conçoit la symptomatologie du bébé comme devant être écoutée comme une manifestation pulsionnelle provenant du bébé, une forme d'expression singulière, un langage. Car le bébé est un petit-sujet compétent et intentionnel, qui est d'emblée tourné vers l'autre (Nagy, 2004, Trevarthen et Aitken, 2003, Gratier et Trevarthen, 2006). Le bébé naît avec des compétences et des savoirs. Il s'adresse à l'autre, provoque une réponse, et cherche à se faire entendre par toute son expressivité corporelle. Le bébé cherche à agir sur le monde qui l'entoure, à interpréter les énigmes posées par ses perceptions (Parlato-Oliveira, 2022).

L'élan pulsionnel du bébé ne peut que s'appuyer sur l'existence de l'autre, ce qui l'instaure d'emblée dans l'altérité et fonde les conditions de la relation intersubjective. Ainsi dans une seconde partie, nous abordons la notion d'enveloppe psychique dans le processus de subjectivation. Après quelques rappels théoriques sur le concept de Moi-Peau (Anzieu, 1985), et sur le Moi-Corporel (Haag, 2018) nous présentons le rôle de la pulsion dans la constitution des enveloppes psychiques. La contenance psychique se décline également dans les différents registres pulsionnels que sont le tactile, l'invocant et le champ de la specularité.

Dans une troisième partie, à partir de ces bases théoriques concernant les fondements de la vie psychique du bébé, nous nous tournons du côté du bébé vulnérable, en utilisant le modèle du neuro-développement (Douglas, 2019, Des Portes, 2020). Ce renouvellement de la conception des troubles du développement comme le résultat de l'effet combiné des facteurs génétiques du bébé, de son environnement, en lien avec les mécanismes épigénétiques, c'est-à-dire, la manière dont l'environnement va agir sur l'expression de certains gènes. Cela permet d'envisager des possibilités d'intervention précoce, autrement dit dès l'apparition des signes précurseurs, en amont du diagnostic, ceci afin de rétablir la trajectoire neuro-développementale vers une trajectoire typique, dans le cas de signes de retrait relationnel. Loin des enjeux d'une médecine préventive qui serait prédictive (Gargiulo et Herson, 2007), considérer la vulnérabilité psychique sous l'angle du neuro-développement offre surtout des possibilités de transformation et des opportunités d'intervention pour relancer le développement. Nous évoquons également les travaux récents sur le rôle du corps du bébé comme instrument de la relation à l'autre, dans la difficulté à s'engager activement dans le lien à l'autre (Muratori, et al. 2016 ; Trevarthen et Delafield-Butt, 2013), autrement dit les entraves pulsionnelles motrices en lien avec le risque de TND (Phagava, et al. 2008, Doi, 2022).

Un second chapitre présente la recherche à laquelle nous avons contribué sur l'analyse de profils de développement au sein d'une cohorte de bébés sourds. Après une introduction à la surdité congénitale infantile, nous présentons le développement relationnel du bébé sourd typique, puis abordons la problématique des bébés sourds avec troubles du neuro-développement. Nous déplaçons les étapes de travail qui ont jalonné ce travail de recherche exploratoire, avec la proposition d'une catégorisation développementale, à l'aide de la passation de la grille Olliac-Préaut (2017) à partir des vidéos de la cohorte. Nous discutons certains questionnements issus de la confrontation des examens cliniques et des scores Olliac-Préaut.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous présentons le cas clinique de Seydou, bébé sourd, prématuré, cumulant de nombreux facteurs de vulnérabilité psychique et développementale. Dans un premier temps, nous posons le cadre de notre clinique auprès des bébés en CAMSP, suivant le dispositif RIEPPI. Puis nous présentons des considérations éthiques et méthodologiques. Enfin nous introduisons l'histoire de Seydou, en revenant tout d'abord sur les antécédents médicaux de Seydou. Enfin nous

déplions notre analyse de sa psychothérapie d'après la grille de Marie Couvert. Nous suivons son trait et nous mettons à son écoute au fil des séquences cliniques que nous analysons. Nous analysons les différents champs pulsionnels à travers plusieurs extraits de séances. Ceux-ci nous mènent vers l'articulation progressive de la pulsion et de la contenance comme organisateurs de la vie psychique.

La constitution psychique du bébé

« Il existe, aux tout débuts du développement, un équilibre subtil entre deux processus intriqués, ou imbriqués : le bébé ne peut se découvrir lui-même qu'en découvrant l'objet (c'est à dire l'autre), mais il ne peut découvrir l'objet qu'en se découvrant lui-même. » (Golse, 2020) C'est ainsi que Golse nous permet d'introduire le propos que nous développons dans cette partie. Cette nécessaire imbrication développementale psychique trouve ses racines biologiques dans le développement originaire embryonnaire au sein de la matrice utérine. La conscience de soi implique une réflexivité qui passe nécessairement par l'autre.

Nous situons la question de l'émergence du sujet chez le bébé dans la question plus large de sa constitution psychique. Nous considérons l'appareil psychique du bébé à la fois dans sa dimension consciente, avec l'instance du moi, et dans sa part inconsciente, qui peut s'entendre comme le sujet. Nous parlons ici de la subjectivation, c'est-à-dire la manière unique et singulière du sujet d'exister de manière différenciée et en relation à l'autre, autrement dit dans une intersubjectivité (Golse, 2014, 2020). Le sujet renvoie grammaticalement au sujet de l'énonciation, le « je » de la première personne, et à celui qui fait l'action du verbe à la voix active. En se subjectivant, le bébé s'exprime et agit, avec une intentionnalité qui s'adresse à l'autre, qui en accuse réception et ainsi vient confirmer son existence au sujet bébé.

La psychanalyse nous apprend que ce processus trouve son élan dans la pulsion, qui vient animer le corps. La naissance de la vie psychique s'origine dans l'organique animé d'une pulsion « trait d'union entre le somatique et le psychique » (Freud, 1915) fondateur du désir. Dans la conception lacanienne, cette pulsion maintient le bébé du côté de la voix active, y compris lorsque le bébé opère le renversement pulsionnel en se faisant l'objet de la jouissance de l'autre au 3^{ème} temps du circuit pulsionnel. « C'est-à-dire que, pour le bébé, le sujet doit apparaître « dans » l'autre qui s'occupe de lui, dans l'échange, pour pouvoir être ensuite intériorisé ». (Robin, 2013) Dans le regard de l'Autre se trouvent également les fondements du narcissisme, dont la dimension réflexive, de retour à soi-même, renvoie à la mise en place de l'instance du moi.

Celle-ci s'instaure dans l'investissement du rapport à l'autre en tant qu'objet, et en tant qu'Autre, au sein duquel le sujet se fonde mais dont il se différencie, qu'il introjecte pour pouvoir s'en séparer, auquel il s'identifie pour ensuite s'en distinguer, constituant ainsi ses enveloppes psychiques et délimitant un espace intersubjectif. Ainsi, le sujet éprouve les contours de sa singularité dans la rencontre avec la contenance de l'altérité. « Mais à côté de l'intériorisation et de la spécularisation, sans doute faut-il faire aussi une place à la question de l'anticipation ou de la supposition du sujet par l'autre » (Golse, 2020).

Le rôle actif du bébé et son intentionnalité innée ont été mis en évidence par les travaux dans le champ de l'intersubjectivité et de la psychologie du développement (Nagy, 2004, Trevarthen et Aitken, 2003, Gratier et Trevarthen, 2006). La constitution psychique serait-elle également innée ou se structure-t-elle dès la vie intra-utérine ?

Dès lors, doit-on considérer que le sujet est donné d'emblée, ou bien se constitue-t-il d'être entendu ou supposé par l'autre ? « C'est grâce à l'hypothèse que la mère a faite très tôt – bien avant la naissance –, grâce à son anticipation précoce que son enfant existe en tant que sujet ; plus qu'un corps investi par un signifiant, qu'un nouage du corps et du langage, il y faut l'hypothèse de l'Autre : le sujet est déjà là, mais cette hypothèse doit être soutenue par un Autre maternel, un corps incarné par une mère. Et le bébé répond en soutenant l'hypothèse de l'Autre, c'est-à-dire celle du sujet pour lui. » formule Marika Bergès-Bounes (Bergès-Bounes, 2010).

C'est la question qui a été déployée par Bergès dans la clinique de l'hypothèse, qui permet de spécifier la position de l'analyste (Balbo et Bergès, 2005,) Les auteurs citent Lacan : « Dire qu'il y a un « sujet » ce n'est rien d'autre que dire qu'il y a « hypothèse » » (Lacan, 1975). Couvert s'y réfère pour défendre la supposition d'un bébé analysant. La posture psychanalytique suppose en elle-même l'écoute du sujet. Et cette hypothèse nous permet justement de déployer l'écart intersubjectif comme le lieu des possibles, du « jeu » dans la rencontre intersubjective.

Nous choisissons donc d'aborder la question de la constitution psychique du côté du tout petit sujet pulsionnel, intentionnel et expressif qu'est le bébé. Puis nous poursuivrons en développant la question des enveloppes psychiques et de la contenance en articulant nos références aux auteurs qui ont éclairé les mécanismes archaïques de

constitution du sujet, dans le champ post-kleinien, mais également lacanien. Enfin, nous considérons la vulnérabilité psychique du bébé, en nous appuyant sur le concept de neuro-développement, permettant de considérer le processus de subjectivation dans la trajectoire développementale du bébé, dans une perspective dynamique et mobilisable.

I. LE BÉBÉ, UN SUJET PULSIONNEL, INTENTIONNEL ET EXPRESSIF

A. Un bébé pulsionnel

La pulsion est un concept fondamental de la psychanalyse, proposé par Freud, revisité par Lacan et de nombreux psychanalystes, il est évidemment complexe et vaste. Il nous faut donc circonscrire un cadre à ce rappel théorique pour guider notre réflexion. Pour notre travail nous nous sommes concentrée sur l'apport de l'étude de la pulsion dans la clinique infantile, autrement dit ce qu'elle nous permet de comprendre des fondements de la vie psychique du bébé et de la part active du bébé dans la construction de sa subjectivité, en relation avec son environnement. Après un retour aux fondements théoriques de la pulsion élaboré par Freud, nous poursuivrons donc avec la relecture proposée par Lacan. Nous nous appuierons ensuite sur les travaux de psychanalystes du champ lacanien, qui ont développé le concept de pulsion dans la clinique du bébé, plus particulièrement au bouclage du circuit pulsionnel, dans la lignée des travaux de Laznik (1993) et Couvert (2018).

1. La pulsion, un concept freudien

La pulsion, au sens psychanalytique, est un concept proposé par Freud, qui est introduit dans les « Trois essais sur la théorie sexuelle » (1910, 1915, 1920) et développé dans « Pulsions et Destins des pulsions » (1915). Freud introduit le concept de libido comme l'essence de l'énergie sexuelle et pulsionnelle qui va s'actualiser sous différentes formes, dans toutes les activités d'un individu. Freud présente les fondements de la

sexualité infantile⁶ et les différents stades qui jalonnent le développement psycho-affectif de l'enfant.

a. *Concept charnière somato-psychique*

Freud définit la pulsion comme un concept charnière entre le soma et la psyché. Pour Freud (1915/2012), l'excitation pulsionnelle a une origine endogène et provient de l'intérieur de l'organisme. L'excitation qui provient du corps vient nourrir les pulsions. Le système nerveux joue un rôle de régulation des excitations, selon un principe d'homéostasie. Ainsi cela conduit le système nerveux à des activités de transformations du monde extérieur afin de permettre une satisfaction, un apaisement de l'excitation interne. Cela a lieu grâce à l'intervention du *Nebenmensch*, ou prochain secourable, auprès du bébé en situation de *Hilflosigkeit*, qui se traduit par « désaide ».

Dans son texte l'Esquisse d'une psychologie (1895/ 2011), Freud décrit à Fliess les bases de sa conception du fonctionnement de l'appareil psychique. Celui-ci est façonné de manière polarisée entre les expériences de plaisir et de déplaisir. Les expériences de plaisir, ou de satisfaction, vécues lors de l'intervention du prochain secourable, viennent créer des frayages neuronaux permettant un écoulement de l'excitation et venant inscrire une trace mnésique. Celle-ci sera réactivée de manière hallucinatoire lors de la reviviscence d'une expérience de tension pulsionnelle. Ainsi l'activité de l'appareil psychique s'organise suivant le principe de plaisir (Freud, 1915). Par ces frayages neuronaux, la trace de l'autre sera inscrite dans le psychisme du bébé. A l'inverse, l'expérience de douleur peut laisser également des frayages abondants qui laissent des traces permanentes dans le psychisme. Les bébés vulnérables dont le corps est soumis à des expériences douloureuses répétées peuvent être affectés dans leur économie pulsionnelle.

⁶Nous parlerons dans notre travail de sexualité infantile, qui se distingue de la sexualité génitale adulte (même si elle en instaure les fondements). Le mouvement pulsionnel est vecteur de sexuel dans le sens qu'il est pris avant tout dans l'économie du principe de plaisir, distincte de la question du besoin. Ainsi, dans la pensée psychanalytique, le sexuel est un organisateur central de la vie psychique. Les recherches sur le fœtus ont mis en évidence que la succion de plaisir est la première à se mettre en place vers 10 semaines in utéro.

b. Les paramètres de la pulsion

Les pulsions sont constituées de quatre paramètres que Freud développe qui sont : la poussée, le but, l'objet, la source.

En premier lieu, la poussée est la caractéristique essentielle des pulsions et participe du fonctionnement économique du psychisme. Elle est une énergie provenant de l'intérieur de l'organisme venant alimenter le fonctionnement psychique telle une force constante.

Selon Freud, le but de la pulsion se réfère à l'abaissement de l'excitation qui se trouve à la source de la pulsion : « Le but d'une pulsion est toujours la satisfaction, qui ne peut être atteinte que par élimination de l'état d'excitation qui se trouve à la source de la pulsion » (Freud, 1915/2012, p.67). Freud précise que ce but peut être atteint par différentes voies, les buts pulsionnels empruntant des chemins détournés.

Si le but est d'atteindre la satisfaction, par apaisement de l'état d'excitation qui se trouve à la source de la pulsion, la pulsion ne doit pas être confondue avec le besoin. La poussée est dite constante, la satisfaction étant inévitablement de courte durée devant « l'afflux continu » des excitations internes (Freud, 1915/2012, p.65). Elle vient signifier l'existence d'une vie intérieure chez le bébé. En cela la pulsion est « ce qui sépare le dedans du dehors » (Freud, 1915/2012, p.14).

« L'objet de la pulsion est ce sur quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but. C'est l'élément le plus variable dans la pulsion, il ne lui est pas lié de manière originelle, mais lui est seulement assigné en raison de sa capacité spécifique à permettre la satisfaction. Il ne s'agit pas forcément d'un objet étranger, cela peut aussi bien être une partie de son propre corps. Au fil de la destinée existentielle de la pulsion, il peut être changé aussi souvent qu'on le veut ; c'est à ce déplacement de la pulsion que reviennent les rôles les plus significatifs. Il peut arriver que le même objet serve simultanément à satisfaire plusieurs pulsions, ce qui est le cas de l'intrication des pulsions. » (Freud, 1915/2012, p.68).

Ainsi cet objet est variable, il peut évoluer selon les moments et tout au long de la vie. Plusieurs objets viendront successivement être impliqués dans le circuit de plusieurs pulsions.

Pour Freud, la source de la pulsion désigne le processus somatique qui intervient dans le corps (ou une partie de celui-ci), « et dont la stimulation dans la vie psychique est représentée par la pulsion » (Freud, 1915/2012, p.69). La source renvoie à l'origine somatique de la pulsion, à l'excitation du système nerveux non par des stimulations du monde extérieur, mais par celles qui proviennent de l'intérieur de l'organisme, ce qui ancre la vie psychique dans le corps de manière tout à fait indissociable. Ainsi, « La pulsion serait une excitation qui agirait sur le psychique. » (Freud, 1915/2012, p.60).

Ainsi, Freud ancre les pulsions à partir des besoins primaires, liés à l'auto-conservation (p. ex. : la faim). Selon lui, c'est de la part de plaisir tiré des premières expériences corporelles de satisfaction des besoins que le pulsionnel prend sa source. Pour le bébé, il s'agit du temps du nourrissage et des soins corporels. Ainsi, il introduit les champs pulsionnels de l'oralité et du regard.

c. Parcours et destinées pulsionnelles

Freud repère un parcours de la pulsion en trois temps : un premier temps "actif" (le bébé allant vers un objet externe), un second temps "réflexif" (le bébé prend comme objet une partie de son corps propre), et un troisième temps "passif" (le bébé se fait l'objet d'un autre). Ce troisième temps fait advenir un "nouveau sujet", justement cet autre, dont le bébé s'est fait l'objet.

Freud dégage ainsi les destinées pulsionnelles : le renversement en son contraire, le retournement contre sa personne, le refoulement et la sublimation. Cette dernière permet la satisfaction de la pulsion par un but détourné et socialement valorisé : par exemple, « la pulsion scopique sublimée est à l'origine de la pulsion épistémophilique » (Freud, 1915/2012, p. 25).

2. La pulsion revisitée par Lacan

Lacan poursuit la réflexion à partir de la théorie freudienne de la pulsion qui est, pour lui, un « concept fondamental » de la psychanalyse, avec l'inconscient, la répétition

et le transfert (Lacan, 1964/1973, p.183). Il repart de la conception freudienne de la pulsion et en propose un démontage, qui insiste sur le concept de pulsion partielle et son circuit, faisant le tour de l'objet a, objet du manque. Il déploie l'idée que le sujet, en opérant activement ce renversement pulsionnel, en se faisant l'objet de la jouissance de l'autre, émerge dans une aliénation au lieu de l'Autre. Ainsi, la conception lacanienne de la pulsion introduit le rapport du sujet avec le signifiant.

a. Les pulsions partielles

Pour Lacan, c'est le principe de plaisir qui prime : il écarte tout ce qui relève du besoin, de l'instinctuel hors du champ pulsionnel. Pour lui toute pulsion « ne fait que représenter, et partiellement, la courbe de l'accomplissement de la sexualité chez le vivant » (p.198), qui s'achève par la mort. La pulsion est donc toujours manquante au regard de la finalité biologique qu'est la reproduction, et qui n'en est pas son but. Les pulsions sont donc partielles en ce sens qu'il n'y a pas une totalisation d'une pulsion sexuelle génitale dans une finalité reproductive.

« Si la pulsion peut être satisfaite sans avoir atteint ce qui, au regard d'une totalisation biologique de la fonction, serait la satisfaction à sa fin de reproduction, c'est qu'elle est pulsion partielle, et que son but n'est point autre chose que ce retour en circuit » (Lacan, 1964/1973, p.201). Il affirme cela en se référant aux caractéristiques pulsionnelles. « La constance de la poussée interdit toute assimilation de la pulsion à une fonction biologique, laquelle a toujours un rythme » (Lacan, 1964/1973, p.185).

Quelle serait alors la fonction de la pulsion ? Pour Lacan, « la fonction de la pulsion n'a d'autre portée que de mettre en question ce qu'il en est de la satisfaction » (p.186). L'expérience de la satisfaction pulsionnelle inclut donc structurellement l'expérience du manque qui vient causer le désir.

Ainsi, les pulsions sexuelles ne peuvent être que partielles en ce sens qu'elles sont fragmentées et se manifestent à travers différents objets ou zones érogènes du corps. Lacan se dégage de l'idée freudienne selon laquelle les pulsions seraient centrées sur des zones spécifiques, telles que la bouche, l'anus ou les organes génitaux. Au lieu de cela, Lacan affirme que les pulsions sont dispersées et dépourvues d'objet fixe. Cela donne lieu à penser le morcellement initial du corps pulsionnel du bébé.

Les pulsions partielles sont sexuelles en ce sens qu'elles se réfèrent à des activités corporelles qui procurent du plaisir, telles que sucer, regarder ou entendre. Ces activités sont indépendantes de tout objet particulier et peuvent être dirigées vers différents objets au fil du temps. Ainsi, les pulsions partielles sont des manifestations fragmentées et polymorphes du désir qui ne sont pas limitées à des zones spécifiques du corps ou à des objets précis.

Aux différents champs pulsionnels que sont l'oralité et le spéculaire, Lacan ajoute celui lié à la voix, le champ de l'invocation. Le trajet du circuit pulsionnel forme une boucle, qui implique un retour sur soi-même, en contournant l'objet a, et qui passe par l'autre.

b. L'objet petit a, cause du désir

L'objet a est l'objet du manque qui caractérise le sujet dans son incomplétude. C'est l'objet « chu » (Lacan, Livre X, 23 janvier 1963), qui résulte de la coupure, au sens de la séparation psychique, qui s'opère entre le sujet et son Autre, dans sa fonction objectale, que Lacan formule comme « le reste de la dialectique du sujet à l'Autre. » (Lacan, Livre X, 15 mai 1963). L'objet a vient ainsi caractériser le manque fondamental, ce que le sujet perd de son rapport d'aliénation à l'Autre.

L'aliénation s'entend comme le signe d'une organisation psychique structurée par le lien à l'autre, de manière indéfectible. Cette aliénation qui s'opère par le bouclage du 3^{ème} temps pulsionnel, est rendue possible par une séparation de l'unité primordiale, celle-ci ne se jouant pas entre le fœtus et sa mère, mais à un niveau intrapsychique : « Il nous faut concevoir que c'est entre la mamme et l'organisme maternel que réside la coupure. » (Lacan, Livre X, 15 mai 1963).

Ainsi, l'objet a est un objet partiel et sécable : il sera alternativement le sein dans le champ de l'oralité, le regard dans le registre scopique, la voix dans l'invocation, mais aussi les fèces dans l'analité, le phallus dans le stade génital... Il joue un rôle d'objet intermédiaire entre le bébé et son autre. Il est variable dans le temps, et en cela, indifférent. « La pulsion, saisissant son objet apprend en quelque sorte que ce n'est justement pas par là qu'elle est satisfaite » (Lacan, 1964/1973, p.188). Le rapport de la pulsion avec l'objet est donc caractérisé par l'insatisfaction. Ce qui fait que l'objet a fonctionne également comme « point d'angoisse » (Lacan, Livre X, 15 mai 1963).

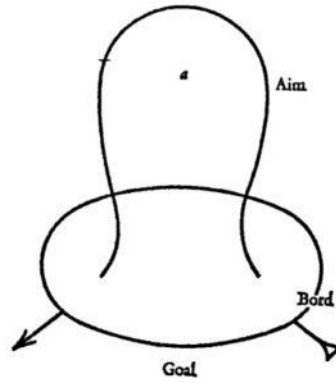
Le circuit pulsionnel n'a pas d'autre vocation que de « contourner l'objet éternellement manquant » (Lacan, 1964/1973, p.202). De cet objet perdu petit a, cause du désir, Lacan nous dit que « la pulsion en fait le tour », et c'est ainsi que la pulsion est constante. La recherche de l'objet petit a vient mettre en route et nourrir constamment le désir du sujet. Lacan introduit alors le fantasme (de cet objet a du désir) comme véritable soutien du désir plutôt que l'objet en lui-même. Car le principe de plaisir se satisfait par l'hallucination. Lacan reprend le mécanisme freudien du refoulement qui permet le développement de l'appareil psychique et la mise en place de l'inconscient. Cela permet la possibilité de l'investissement de la vie fantasmatique et des processus de symbolisation.

Le déplacement de la pulsion sur différents objets amène à un élargissement de la notion d'objet : vers les objets en tant qu'autres, avec lesquelles le sujet va nouer des relations affectives, qui vont être intériorisées dans la vie psychique du bébé ; mais également vers les objets de la curiosité, les objets imaginaires ou cognitifs de son désir d'exploration, ceux de sa pulsion épistémophilique, de son désir de connaître et d'interpréter le monde qui l'entoure (Parlato-Oliveira, 2022).

c. Le circuit pulsionnel lacanien

Lacan reprend le montage freudien de la pulsion, en apportant une autre lecture concernant le troisième temps, qui est pour lui en réalité un temps de « passivation active », car le bébé cherche à « se faire l'objet » du plaisir de l'autre. Le montage de la pulsion se présente « sans queue ni tête » (Lacan, 1964/1973, p.190) nous dit Lacan.

Le mouvement circulaire de la pulsion vient constituer la source corporelle, zone érogène, en tant que bord, ce qui introduit l'idée de la constitution d'une structuration de l'appareil psychique soutenue et contenue dans les expériences corporelles.



Le circuit de la pulsion (Lacan, 1964/1973, p.200)

« Tout ce que Freud épelle des pulsions partielles nous montre que [...] le mouvement circulaire de la poussée qui sort à travers le bord érogène pour y revenir comme étant la cible, après avoir fait le tour de quelque chose que j'appelle objet a. Je pose [...] que c'est par là que le sujet vient à atteindre ce qui est, à proprement parler, la dimension du grand Autre. » (Lacan, 1964/1973, p.217).

D'emblée, le bébé tient compte de l'existence de l'autre. Ainsi, le troisième temps est en fait premier à advenir, car cela suppose la préexistence de l'Autre. Lacan utilise la métaphore du retournement d'une poche pour introduire l'idée que « la pulsion, s'invaginant à travers la zone érogène, est chargée d'aller quêter quelque chose qui, à chaque fois, répond dans l'Autre. » (Lacan, 1964/1973, p.221). Ainsi, par le bouclage du troisième temps pulsionnel, le bébé-sujet décroche la jouissance de l'autre et, ce faisant, il vient atteindre la dimension du grand Autre qu'il incarne. Pour Lacan, le sujet provient de son « assujettissement au champ de l'Autre » (Lacan, 1964/1973, p.211). L'idée de la poche évoque la question des enveloppes et de la contenance. Lacan parle du surgissement du sujet de la pulsion, qui se produit dans la rencontre du bébé-sujet avec son Autre-sujet, autrement dit dans la rencontre intersubjective.

Nous voyons se dessiner le rôle de la pulsion dans l'émergence du sujet dans la conception lacanienne. Ainsi, c'est au cœur de cette expérience du manque que vient se constituer un sujet désirant, dans la rencontre avec un Autre, barré, incomplet, soumis à ce même manque, auquel il vient s'assujettir. Dans la pensée lacanienne, la pulsion est donc un concept qui articule le corps avec le signifiant, dans la mesure où le sujet surgit au lieu du grand Autre, trésor des signifiants : « Le sujet, in initio, commence au lieu de l'Autre, en tant que là surgit le premier signifiant. » (Lacan, 1964/1973, p.178).

3. La pulsion dans la clinique des bébés « à risque »

Laznik, psychanalyste lacanienne, fait figure de pionnière dans la clinique des bébés à risque autistique. Elle réinterroge la question de la pulsion chez Lacan, au regard de son expérience clinique auprès des bébés en retrait relationnel.

a. *Le bébé s'offre à l'autre*

En collaboration avec l'équipe de Muratori, chercheur à Pise, elle travaille à partir des films familiaux. Laznik remarque que, si les bébés en retrait relationnel peuvent répondre à des stimulations de leur parent, ils ne vont pas spontanément chercher à susciter le plaisir chez le parent.

Cette hypothèse lui a été inspirée par les productions d'une petite patiente autiste, qui avait recours à une photo pour s'exprimer en thérapie (Laznik, 2013). Cette patiente s'intéressait particulièrement à une publicité pour une marque de soins pour bébé, qui représentait un beau poupon allongé sur le dos, face à sa maman sur la table de change. Dans un échange joyeux, on voit le bébé qui tend ses petons à sa mère qui se régale de les dévorer de bisous. Cette image présente le bouclage du circuit pulsionnel dans le champ de l'oralité. Ainsi le bébé, en s'offrant à la pulsion orale maternelle, se fait l'objet de sa jouissance.

Le bouclage du 3^{ème} temps pulsionnel, crocheté à la jouissance de l'Autre, garantit l'inscription de traces mnésiques de l'Autre maternel au pôle hallucinatoire de satisfaction du désir. Il permet donc l'émergence d'un sujet désirant, aliéné au champ de l'Autre. A partir de ce point Laznik propose une théorie lacanienne des pulsions, et suppose un ratage au 3^{ème} temps du circuit pulsionnel chez les bébés à devenir autistique (Laznik, 1993). Ainsi, le ratage de ce troisième temps du circuit pulsionnel vient mettre en danger l'aliénation du sujet, et sa constitution en tant que sujet pris dans l'intersubjectivité. Ses travaux donneront lieu à la validation de la grille OLLIAC-PREAUT (2017) qui permet de repérer, à 4 mois et 9 mois, la capacité du bébé à se faire l'objet du plaisir de l'autre.

b. La recherche Olliac-Préaut

La recherche Olliac-Préaut a permis de valider l'hypothèse psychanalytique qu'une fragilité dans la capacité du bébé à se faire l'objet du plaisir de l'autre est un signe d'alerte de trouble du neuro-développement, pouvant évoluer vers un TSA. La grille Olliac-Préaut (2017) se présente comme une grille d'observation du comportement relationnel spontané du bébé. La grille a d'abord été validée dans une recherche sur une population à risque (i.e. syndrome de West, Ouss et al. 2014). Puis la grille OLLIAC a été testée dans la population générale. Pour cette recherche 600 médecins à travers la France ont été formés à la cotation de la grille, qui était ensuite complétée lors des consultations médicales systématiques à 4 et à 9 mois, prévues dans le protocole de santé infantile en France. Un échantillon de 4835 enfants a participé à l'ensemble du protocole, qui prévoyait un examen contrôle par le M-CHAT à 24 mois. Les résultats montrent que la grille Olliac-Préaut a une sensibilité et une valeur prédictive positive équivalente au M-CHAT, mais à un âge bien inférieur. En outre, la moitié des nourrissons dépistés ont reçu un diagnostic de TSA ou un autre diagnostic de trouble du développement (trouble cognitif). Ces résultats font de cette grille l'outil qui permet de mettre en évidence le plus tôt les risques développementaux du retrait relationnel chez le bébé.

c. La réanimation psychique dans l'approche RIEPPI⁷

Laznik défend l'idée qu'il est possible d'intervenir précocément sur le devenir de ces bébés (Laznik, 2014). Pour cela elle s'appuie sur les découvertes récentes dans le domaine de l'épigénétique, c'est-à-dire l'influence de l'environnement sur le matériel génétique. Elle propose un dispositif de psychothérapie psychanalytique au moyen d'un

⁷ Réseau international d'études sur la psychopathologie et la psychanalyse de l'Infans. <http://laznik.fr/wp-content/uploads/2019/11/riepi%CC%82-corrige%CC%81-1.pdf>.

Ce réseau rassemble des psychanalystes engagés dans la clinique du bébé et du très jeune enfant dans un dialogue transdisciplinaire. Il vise à faire valoir les avancées de la psychanalyse dans le champ de la périnatalité, en s'appuyant sur la formation dispensée par M.C. Laznik à l'ASM 13, ainsi que les séminaires sur la psychopathologie du bébé de l'Association Lacanienne Internationale (ALI). Les professionnels formés et engagés pour recevoir des bébés selon le dispositif RIEPPI sont répertoriés sur le site <https://www.mabulleaeclate.com/les-praticiens>.

protocole de soins permettant de rétablir la trajectoire développementale du bébé dans le cadre d'une intervention pluridisciplinaire tri-focale combinant la psychothérapie psychanalytique, la sensori-motricité selon l'approche Bullinger et l'ostéopathie du nourrisson (2019, RIEPPI). Celle-ci permet une « réanimation psychique » du bébé, qui retrouve goût au plaisir relationnel (Laznik, 2006). L'outil thérapeutique en est le plaisir car, par le bouclage du 3^{ème} temps pulsionnel, le bébé vient décrocher la jouissance de l'autre, ce qui va se manifester en retour à travers la pulsion invocante, par les marques que la surprise et l'émerveillement impriment dans les modulations la prosodie du mamanais (Laznik, 2013). Celle-ci capte l'attention du bébé et vient relancer l'élan pulsionnel. L'expérience du plaisir de l'autre vient tracer un frayage dans le psychisme du bébé et imprime une trace mnésique au pôle hallucinatoire de satisfaction. La posture thérapeutique lacanienne va se baser sur l'illusion anticipatrice venant combler le manque d'appétence relationnelle du côté du bébé, permettant à l'analyste de se laisser surprendre par la moindre manifestation du bébé à l'endroit de l'Autre. Ainsi vont pouvoir peu à peu se relancer des boucles pulsionnelles dans laquelle l'autre vient s'insérer. Les parents vont pouvoir s'identifier à la thérapeute pour reprendre peu à peu leur place d'adresse pulsionnelle du bébé.

d. La tresse, un nouage subjectivant

Parmi les concepts lacaniens relus par Laznik pour éclairer les processus de subjectivation dans la clinique des bébés en retrait relationnel se trouve le nœud borroméen (Laznik, 2016). Ce concept développé par Lacan figure une structure topologique composée de trois anneaux entrelacés d'une manière spécifique. Ces anneaux représentent les trois registres fondamentaux de l'expérience du sujet que sont : le Réel, l'Imaginaire, et Symbolique. Le nœud borroméen est le résultat d'un tressage de ces trois registres, représentés par trois brins. Cela symbolise la structure du sujet et illustre la façon dont ces registres – le langage, la réalité et l'imaginaire – sont interdépendants. Le Réel se rapporte à l'organique du bébé, le *Real-Ich* tel que proposé par Freud, qui peut se trouver submergé d'excitations internes et externes, donnant au *Nebenmensch* sa mission de porter secours afin de contenir et d'apaiser ces excitations. L'Imaginaire fait référence à la « possibilité de voir ce qui n'est pas encore advenu » (Laznik, 2016, p. 416), l'intronisation de Sa Majesté le Bébé, porté par les rêves parentaux. Laznik y fait référence en empruntant à Diatkine le terme « d'illusion anticipatrice ». Le Symbolique représente

l'ordonnancement du monde dans lequel le bébé vient à naître ; l'ensemble des règles qui régissent la société, et auquel les sujets se soumettent, y compris la langue commune, mais aussi les représentations, les métaphores, les signifiants.

Laznik détaille le tressage de ces registres et la façon dont ces différents registres vont peu à peu se nouer dans les premiers temps de subjectivation du sujet-bébé : depuis un corps, un *Real-Ich*, un Moi Réel soumis à un afflux d'excitations, secouru par le *Nebenmensch*, qui abaissera ses tensions et dont il parvient à décrocher la jouissance, et dans la voix de qui il percevra qu'il est source de joie et de surprise ; il devient alors un sujet-bébé auréolé, phallicisé, intronisé en tant qu'« His majesty the Baby ». Ce temps du tressage introduit le stade du miroir, dans le registre scopique, étape du processus de subjectivation pendant lequel c'est le regard de l'Autre qui sert de miroir au sujet-bébé qui le regarde et lui renvoie une image unifiée, idéalisée, à laquelle il va chercher à s'identifier. S'ouvre le registre de l'Imaginaire pour le sujet-bébé. C'est sur ce registre que s'opère la castration symbolique, qui nouera les trois brins pour former le nœud borroméen. Le bouclage pulsionnel participe de l'unification corporelle, de la constitution de la contenance qu'offre le miroir du regard de l'Autre.

Pour Laznik, il existe un accident de tressage dans la clinique des bébés qui vont devenir autistes, qui fait que le registre de l'Imaginaire ne se trouve pas pris dans la tresse. Ce sont des bébés qui se laisseront moins entraîner dans l'admiration que leur portent leurs parents, la phallicisation dont ils font l'objet.

Parlato-Oliveira (2022) se réfère aux travaux dans le champ de la psychologie du développement et se rapproche du modèle de l'intersubjectivité qui présente l'influence réciproque des actes du bébé et de la mère. Elle se démarque de la tresse telle que proposée par Laznik et propose un modèle topologique de la relation bébé-mère sous forme d'un tressage qui ne passe pas par l'Autre, mais qui se présente de manière entrelacée sous forme d'un escalier hélicoïdal. Chacun des partenaires de la situation intersubjective joue sa partie, dans un mouvement qui se coordonne et se synchronise, créant une unité qui préserve la singularité.

4. La clinique pulsionnelle du bébé

Nous nous sommes appuyée sur la lecture de Couvert (2018) qui dans son ouvrage « La clinique pulsionnelle du bébé » (2018) revient sur la place de la pulsion comme organisateur puissant, fondamental, et premier dans l'émergence du sujet chez le nouveau-né. Couvert repart du concept freudien de la pulsion en tant que moteur de développement. Elle poursuit en explicitant de manière didactique les apports théoriques de Lacan. Elle s'inscrit dans la lignée des travaux de Laznik et de l'hypothèse de mise en circuit pulsionnelle, ainsi que de ratage.

A partir de situations issues de sa clinique, elle décline le montage et la mise en circuit de la pulsion, selon chacun des différents champs pulsionnels que sont l'oralité, la spécularité, l'invocation, auxquels elle ajoute le champ du tactile.

Ainsi, elle articule son propos à partir des trois temps du circuit pulsionnel (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}) et de quatre champs pulsionnels (l'oralité, la spécularité, l'invocation, tactile) pour proposer une grille de lecture comportant douze points de repères organisateurs dans la thérapie avec les bébés.

a. Les opérateurs pulsionnels de la cure

Couvert isole trois opérateurs actifs principaux dans les thérapies de bébés. En premier lieu, le sexuel, car l'économie pulsionnelle répond au principe du plaisir, selon l'enseignement de Freud et de Lacan. Couvert fait ici référence à la source pulsionnelle, qui se trouve dans le « corps libidinalisé » du bébé. Selon elle, dans la clinique infantile, il s'agit « le plus souvent de parer à une déssexualisation, ou une non-sexualisation du nouveau-né » (Couvert, 2018, p 52). Le bébé provoque, et la réponse de l'Autre maternel initie au sexuel, à entendre dans un sens non génitalisé, prenant la forme de gestes tendres, de comportements de séduction.

Puis, la jouissance, dans le sens de ce qui sous-tend le transfert dans la thérapie, là on fait l'hypothèse du sujet, et où on suppose de l'Autre. Selon Couvert, il s'agit pour le thérapeute qui travaille avec le tout-petit, d'attendre, de supposer et se laisser aller à la surprise, d'« oser la jouissance » (à condition qu'elle soit barrée) dans la rencontre

analytique. Ce qui va échapper du plaisir de l'analyste fait circuler de l'Autre, dans la cure du bébé.

Enfin, le croisement des champs pulsionnels, car l'oralité, l'invocation, le scopique et le tactile ne peuvent être réellement isolés. Si l'on peut isoler théoriquement ces champs dans un objectif didactique, la réalité clinique se présente de manière mêlée et enchevêtrée. Couvert (2022) relève que le second temps pulsionnel, le temps réflexif, procède de l'intrication et de l'intermodalité pulsionnelle à l'initiative du bébé. Lorsque le bébé suce son pouce, le registre oral croise le registre tactile. Dans ce temps auto-érotique, le bébé réactive la trace du plaisir de l'autre. Le travail de micro-analyses des vidéos de bébés nous permet de constater l'entrecroisement constant des différents registres dans les échanges du bébé avec son parent. Tous ces champs sensoriels et pulsionnels sont impliqués de manière croisée, à différents temps du circuit pulsionnel, à chaque instant relationnel. Couvert insiste sur le « croisement des pulsions comme moteur d'inscription du pulsionnel, rejoignant ici les conceptions de Golse sur l'importance de la co-modalisation (au moins deux sens à la fois) pour permettre l'inscription d'une expérience dans le psychisme (Golse, 2020).

C'est ce que nous avons pu mettre en évidence au travers du cas de Mathilde (présentation congrès 2020). En tentant d'isoler des mini-séquences vidéo pour illustrer les trois temps pulsionnels dans chacun des différents registres, nous avons pu constater que les temps et les champs pulsionnels se juxtaposent et se chevauchent pour s'entraîner l'un l'autre, amenant à une boucle.

Ex : Mathilde regarde sa mère (*1^{er} temps scopique*) puis met son doigt dans sa bouche en vocalisant (*2nd temps oral et invocant*). Elle entend sa mère la complimenter (*1^{er} temps invocant*) et se fait admirer par Mme Laznik et la stagiaire (*3^{ième} temps scopique*), avant de tendre sa main vers la bouche de sa mère (*3^{ième} temps oral*).

Tel un rouage, le bouclage pulsionnel devient alors un élan entraînant le bébé dans une recherche d'expériences de plaisir partagé sans cesse renouvelées. Au cœur de ce bouclage vient se structurer la dimension narcissique du sujet.

b. Le champ tactile

Couvert introduit le registre du tactile en tant que champ pulsionnel. Sa source corporelle, la peau, a la particularité de véhiculer un éprouvé sensoriel à double sens, toucher impliquant dans le même temps d'être touché. Son objet est donc éminemment relationnel et vient se confondre avec sa source. Son circuit pulsionnel se décline autour des trois temps structurels. Le premier temps est celui de « toucher », qui s'illustre lorsque le bébé vient serrer le doigt de l'autre, caresser la peau de sa mère pendant une tétée ; le second temps réflexif se caractérise par un agrippement au corps propre, par exemple lorsque le bébé attrape ses mains ou ses pieds, ou lorsqu'il caresse son oreille, sur un mode auto-érotique.

Le troisième temps de passivation active se trouve lorsque le bébé cherche à se faire bercer, toucher, caresser, porter, attraper... À mesure que le bébé grandit, ce jeu peut prendre différentes tournures relationnelles, véhiculant des plaisirs variés, de l'infinie douceur d'un bercement enveloppant à l'excitation jubilatoire d'un jeu de chatouilles.

Nous nous sommes attachée à cette modalité pulsionnelle en lien avec la notion d'enveloppe, structurant un dedans et un dehors par la constitution d'un corps érogène, libidinalisé. Par ailleurs, le toucher implique d'abord un mouvement, et Couvert mentionne le registre de la pulsion motrice. Prat (2023) associe également le registre du toucher avec celui de pulsion dans la conception de tact-pulsion, qui part du mouvement d'exploration du fœtus in utéro, qui vient à la rencontre d'un autre. Selon elle, la dimension libidinale se constitue à partir du vécu de plaisir tiré de ses expériences exploratoires.

B. L'intentionnalité du bébé

Les conceptions datées d'un état de fusion initial entre le bébé et son milieu ont été largement réfutées par les avancées scientifiques des 40 dernières années dans le champ de la psychologie du développement (Lécuyer, Stréri et Pêcheux, 1996 ; Lécuyer, 2004 ; Trevarthen et Aitken, 2003) et de l'intersubjectivité, déplaçant le regard théorique de « l'intrapsychique vers l'intersubjectif » (Stern, p.100, 2003, In *Le moment présent en psychothérapie*). Celles-ci mettent en évidence les compétences cognitives et relationnelles du bébé dès la naissance, son intérêt inné pour la relation à l'autre.

L'intentionnalité du bébé renvoie donc à son agentivité, que nous mettons en lien avec la position active que prend le bébé dans la mise en route du circuit pulsionnel.

1. Le nouveau-né partenaire intersubjectif

Sur ce thème, les travaux de Stern ont constitué un pont entre la psychanalyse et la psychologie du développement. Pour lui, nous venons au monde dans une matrice intersubjective, deux esprits différenciés se trouvant à la fois façonneurs et façonnés par l'intersubjectivité (Stern, 2003). La synchronisation des rythmes dans les échanges au sein de la dyade constitue « l'accordage affectif » entre le bébé et sa mère, qui permet un partage d'expériences et d'émotions internes. Cet accordage affectif, propre à chaque dyade, va grandissant au fil des premiers mois de vie du bébé, s'étayant sur le répertoire des séquences interactives qui se co-construisent. Elles viennent constituer une routine interactive familière, témoignant de la complicité créée entre les partenaires. Chacun peut y jouer sa part et chercher à surprendre l'autre en apportant de la nouveauté, de l'imprévu au sein de ces séquences qui forment une narrativité.

Pour Stern, une « conscience intersubjective » naît dans la réflexivité apportée par le regard de l'autre. Stern propose un modèle de structuration psychique dynamique et interpersonnel de la conscience organisée par différents « sens de soi », dont un « sens de soi émergent » qu'il situe entre 0-2 mois. Pour lui, l'intersubjectivité est un système de motivation inné et majeur, qui conditionne la survie humaine.

a. Un intérêt inné pour la relation

« La théorie de l'intersubjectivité innée postule que le nourrisson naît avec une conscience réceptive aux états subjectifs des autres personnes, et qu'il cherche à interagir avec eux » nous dit Trevarthen (Trevarthen et Aitken, 2003, p. 312). Cette motivation sociale innée est indépendante de la question de la survie ou du bien-être du bébé. Elle n'a pas de rôle dans la régulation des états physiologiques (faim, sommeil, stress...) du nouveau-né, précise Trevarthen (Trevarthen et Aitken, 2003), car ce sont des comportements qui appellent uniquement une réponse relationnelle. En cela, cette conception fait écho dans le champ psychanalytique à la conception de Lacan pour qui la pulsion n'appartient pas au registre du besoin et s'organise selon un principe de plaisir. C'est un plaisir relationnel qui est ici source d'intérêt pour le bébé. Les soins parentaux

représentent des occasions qui stimulent la communication de la dyade, dans une finalité affective, mais aussi culturelle et langagière. Cela vient rejoindre la dimension de l'Autre, dans sa fonction symbolique, telle que présentée dans la pensée lacanienne. Trevarthen emploie le terme de « motivation » venant permettre l'organisation des actes au sein de l'intersubjectivité, que l'on peut rapprocher du terme de désir en psychanalyse.

b. Le bébé provocateur

D'emblée le nouveau-né arrive au monde avec un équipement psycho-biologique prêt pour l'intersubjectivité (Nagy, 2011 ; Trevarthen et Aitken, 2003). Celui-ci se constitue dès la vie intra-utérine.

Les travaux d'Emese Nagy sont venus apporter un éclairage majeur sur la part active du nouveau-né dans ces échanges. Outre les capacités d'imitation observables dès la naissance, elle a constaté que les nouveaux-nés sont aussi capables de provoquer l'échange avec l'autre (Nagy et Molnar, 2004) et qu'ils en attendent quelque chose. Elle a mis en évidence que l'expectative dans laquelle se trouve le bébé lorsqu'il provoque l'autre se traduit par une décélération du rythme cardiaque, tandis que les comportements d'imitation sont accompagnés d'une accélération du rythme cardiaque. Dès la naissance, le bébé a des attentes sociales et est capable de provoquer la relation à l'autre, d'opérer un renversement pulsionnel pour faire émerger un nouveau sujet, autrement dit de chercher à atteindre le plaisir de l'autre.

La dimension de provocation se comprend aussi dans ce que le bébé va provoquer sur son environnement. Car le comportement du bébé a un effet sur l'autre (Trevarthen et Aitken, 2003). L'adulte répond aux sollicitations du bébé, l'imité, le suit. Le bébé agit sur l'intentionnalité de son parent, ce qui a des effets sur la sensibilité et le style parental. (p.319) Les compétences parentales sont en quelque sorte révélées et en partie façonnées par l'agentivité du bébé.

c. Intersubjectivité primaire et secondaire

L'œuvre de Trevarthen a mis en lumière qu'à partir de cette compétence sociale innée, le bébé va grandir et se constituer dans une intersubjectivité en prenant peu à peu sa place dans son milieu. Il théorise deux grandes périodes du déploiement de

l'intersubjectivité du bébé, qui s'organisent suivant un continuum depuis le début de la naissance jusqu'aux 18 mois de l'enfant.

L'intersubjectivité primaire concerne les premiers dialogues du bébé avec sa mère, qu'il appelle « proto-conversations ». Celles-ci sont constituées par un ensemble de vocalisations, de mimiques, et de gestes expressifs, suivant un rythme formant des tours de parole entre le bébé et sa mère. La rythmicité y tient une place très importante d'une part par la sensibilité du bébé à la cohérence des modalités sensorielles recrutées, et d'autre part par l'alternance successive de temps d'action et de temps de pause, qui laisse sa place à chaque interlocuteur. La rythmicité est aussi liée à la prosodie, dans les modulations rythmiques et tonales de la voix de l'adulte qui s'adresse au bébé (IDS, ou mamanaï). Cette prosodie accompagne le partage émotionnel, mais elle comporte aussi des informations sur les séquences narratives dans les échanges. La prosodie a également une fonction facilitatrice dans l'apprentissage du langage. Ces dialogues s'harmonisent, se précisent, se coordonnent de manière de plus en plus complexe au fil des premiers mois de vie du bébé. La synchronisation participe d'un vécu de « connexion » relationnelle et affective pour le bébé et sa mère.

L'intersubjectivité secondaire se déploie à partir d'un élargissement progressif du champ d'attention du bébé vers d'autres sources d'intérêts, notamment son intérêt pour les objets (vers 6 mois). Pour Trevarthen les motivations subjectives (découverte personnelle de son corps ou des objets) concurrencent alors un temps les motivations intersubjectives (jeux conversationnels), jusqu'à l'intégration de ces deux motivations sous forme d'intersubjectivité secondaire. Puis « les nourrissons associent la découverte de l'objet avec l'expérience sociale partagée avec d'autres personnes » (Trevarthen et Aitken, p.344), ce qui permet le développement de l'attention conjointe. On retrouve l'idée d'une relation qui se triangule avec l'intervention d'un objet autre, qui vient occuper une place entre le bébé et son autre maternel, ce qui n'est pas sans rappeler la fonction de l'objet a dans la conception lacanienne.

Une récente formulation de Golse (2023) à propos de l'usage de la distinction entre intersubjectivité primaire et secondaire est venue éclairer en quoi ces termes représentent des outils conceptuels dans la clinique comme dans la recherche. Golse considère ces termes comme des modèles théoriques distincts ayant chacun leur avantage

selon le type de bébés dont on s'occupe : ainsi, selon lui, le modèle de l'intersubjectivité primaire permet de décrire le développement des bébés typiques, dont les compétences relationnelles vont s'exprimer d'emblée ; tandis que le modèle de l'intersubjectivité secondaire permettrait de considérer le processus de subjectivation pour des bébés vulnérables, lorsqu'on observe la structuration de leur vie psychique et relationnelle.

Cela permet de souligner que la théorisation permet d'étendre et de déplier artificiellement ce qui se vit dans des instantanés de la rencontre, ce que Stern relate en citant le poème de Blake à travers l'image du monde dans un grain de sable (Stern, 2003). Dans le cas présent, nous cherchons bien à saisir les ressorts et les contours de ce processus de subjectivation, en lien avec une pratique clinique auprès de bébés vulnérables. Avec ces bébés, l'analyste cultive une posture d'écoute et de disponibilité pour ces moments de rencontres intersubjectives pour permettre qu'advienne le sujet.

2. La motivation intersubjective du bébé

Le bébé est sensible à l'autre et à ce qu'il provoque chez l'autre. Son intentionnalité s'adresse en direction de l'autre dont il cherche à retenir l'intérêt. Ainsi, la motivation sociale du bébé va s'organiser autour de cette quête à l'endroit de l'autre. La conscience de soi implique une dimension de réflexivité, qui passe par le regard de l'autre.

a. Pulsions intersubjectives

D'emblée, le bébé est compétent pour susciter un échange joyeux avec l'autre. Le bébé a donc une motivation sociale et relationnelle présente d'emblée. L'expressivité du bébé est sous-tendue par des pulsions et émotions internes. Trevarthen parle notamment de pulsion d'intersubjectivité concernant le nouveau-né (Trevarthen et Aitken, 2003, p.336).

Lors des proto-conversations il y a une « influence réciproque d'états pulsionnels émotionnellement chargés, au cours desquels certains mouvements expressifs explicites sont identifiés puis répétés, tout ceci pour assurer la non-interruption d'une communication déjà engagée. » (Trevarthen et Aitken, 2003, p.322). Cette formulation n'est pas sans rappeler l'effet d'entraînement induit par le bouclage du circuit pulsionnel, qui participe de l'inscription du plaisir relationnel. Le bébé cherche à toucher l'adulte

émotionnellement et à engager un échange positif, dans une modalité joyeuse ; il peut adopter des attitudes visant à réparer les contacts ratés.

En 2018, Trevarthen reprend le terme de « pulsion invocante » qui permet au bébé de « communiquer de façon créative des projets à visée sociale à travers l'expression corporelle » (2018, p.18). On rejoint ici clairement l'hypothèse pulsionnelle qui a fondé le signe relationnel de la grille Olliac-Préaut, selon laquelle le bébé cherche spontanément à provoquer un échange jubilatoire avec l'autre. Cela suggère également qu'une fragilité de ce bouclage, ou de l'équipement pulsionnel du bébé, peut venir altérer la qualité des premiers dialogues et entraver la mise en place de l'intersubjectivité primaire.

b. A quoi s'intéresse l'autre ?

L'étude des compétences visuelles des nouveaux-nés a mis en évidence que le bébé est très tôt attiré par le vivant (Devouche et Provasi, 2019). Dès 3 mois, le bébé peut différencier le mouvement biologique du mouvement non-biologique (Méary, et al. 2007), et va s'intéresser préférentiellement à quelque chose qui est mu par une intentionnalité (Bidet-Ildei, et al., 2013). Ainsi, l'intentionnalité du bébé s'exprime en premier lieu envers son environnement humain. Le bébé va être attiré par l'intentionnalité de son prochain secourable. Cela renvoie à la notion même de l'altérité, l'autre, mu par une intention propre, différente de la nôtre, à même de nous surprendre, d'apporter de la nouveauté. L'objet de la pulsion peut être l'intentionnalité de l'autre, autrement dit l'objet du désir de l'autre. Ce qui peut nous rapprocher de la conception psychanalytique qui fonde le désir du sujet dans le désir de l'Autre. Ce qui intéresse le bébé, c'est de chercher à interpréter ce qui anime l'autre et qui échappe à sa perception (Parlato-Oliveira, 2022), ce qui viendrait apporter du sens à cette énigme. L'autre peut être aussi celui dans lequel on se reconnaît, qui nous ressemble, sans être tout à fait semblable. On rejoint ici la question des identifications, et ouvre le champ de l'imaginaire. La recherche d'un partage de sens préfigure l'accès à un référentiel symbolique partagé, une langue commune.

c. Conscience de soi – de l'autre

On doit notamment à Vasudevi Reddy, autre élève, britannique, de Trevarthen d'avoir mis en évidence la richesse de la vie émotionnelle du bébé dès les premiers mois de vie. Ses travaux ont permis de mettre en évidence que les bébés sont capables

d'éprouver très tôt des émotions complexes, notamment en lien avec la conscience du regard de l'autre, appelée « conscience de soi-de l'autre », la conscience d'être l'objet de l'attention de l'autre. En terme psychanalytique, cela se réfère au renversement pulsionnel au troisième temps du circuit pulsionnel, lorsque le bébé cherche à se faire l'objet du plaisir de l'autre. Dès deux mois, le bébé peut se montrer facétieux, montrer de la « fausse timidité » (Reddy, 2003). Plus tard, les bébés de six mois « font l'intéressant » ou « le clown ». Ainsi, le bébé peut faire preuve d'humour dans les échanges, ce qui témoigne chez le bébé d'une position subjective structurée autour du plaisir de l'autre.

Mais le bébé peut également éprouver dès les premiers mois de la fierté ou de la honte (Trevarthen, 2005), ce qui est très important à considérer dans le cas de bébés vulnérables faisant l'objet de la préoccupation de leur entourage et d'annonces de mauvaises nouvelles dans les consultations médicales. Certains bébés manifestent une susceptibilité et protestent lorsque sont évoqués en consultation les diagnostics et les problèmes de santé qui les concernent. Dans cet écrit, Trevarthen utilise le terme de miroir pour mentionner le regard de l'autre, qui renvoie au stade du miroir comme fondement narcissique dans la conception lacanienne.

Cette question rejoint ici la question du narcissisme. Nous revient à l'esprit la situation de Maya, une enfant suivie au CAMSP, atteinte d'un syndrome neuro-développemental, que nous rencontrions à l'âge de 4 ans, lors d'un atelier de médiation équine. Elle avait développé très tôt une sensibilité particulière au mot « bravo », qu'elle ne supportait pas, et qui avait pour effet de provoquer une réaction de fermeture chez elle. Ce mot avait été « malencontreusement » prononcé dans un but d'encouragement par l'animatrice du groupe, ce qui a inmanquablement bloqué toute possibilité pour cette enfant d'investir ces temps de médiation, même si elle avait pu apprécier de monter à poney occasionnellement auparavant. Maya trouvait insupportable d'être admirée et félicitée par l'autre. Cela semblait lui faire vivre une mise à l'écart dérangeante et angoissante. Cela témoignait pour le moins d'une souffrance qu'il fallait entendre. Ce bravo semblait charrier une dimension du regard de l'Autre se présentant comme un miroir déformant, voire inversé, la renvoyant peut-être à une faille narcissique primordiale. La pédopsychiatre chargée d'accompagner les parents témoignait d'une impression illusoire qui se dégageait d'une auréolisation presque excessive que lui

portaient ses parents (défensive réactionnelle), voyant en elle un prodige en devenir, un idéal peut-être trop difficilement accessible pour Maya.

Rochat (2003) explore aussi la question de la conscience de soi dans le regard de l'autre à travers le sentiment de gêne, ou de honte, vis-à-vis du regard de l'autre, avec l'expérience d'une tâche sur le front pouvant provoquer de l'embarras si l'enfant a le sentiment d'être ainsi distingué des autres. Cela renvoie évidemment aux fondements narcissiques du sujet, car « l'enfant qui réclame de l'attention plaide pour sa propre existence. » (Rochat, in Lécuyer, 2004). Ainsi, ce qui insiste chez le bébé doit rencontrer chez l'autre, et à plus forte raison dans le dispositif analytique, une écoute et une reconnaissance en tant qu'expression subjective.

Dans le cas du bébé, nous voyons très tôt se dessiner que l'intentionnalité du bébé est intéressée par l'intentionnalité de l'autre. Le bébé va chercher ce moment à interpréter, à se saisir de ce qui intéresse l'autre, ce qui renvoie au désir de l'Autre.

d. L'empathie active

Dans le champ des neurosciences, Georgieff (2017, 2020) théorise le concept « d'empathie active » : selon lui, le modèle de l'empathie ne doit pas se limiter à une conception « passive » au sens d'un éprouvé émotionnel que l'on peut recevoir, mais doit comporter également une dimension « active », qui s'adresse à l'autre et cherche à se sentir compris par l'autre. Dans son propos, il rend hommage à la psychanalyse pour avoir compris cette dimension subjective du « se faire entendre » par l'Autre.

Toutes ces découvertes témoignent de la présence, dès les premiers mois de vie, d'un sens accru de l'autre et de l'intérêt de l'autre. Cette sensibilité interroge et engage ainsi chacun dès le début de la vie à prendre place, à se positionner par rapport au regard de l'autre. Il est possible qu'une étape du processus de subjectivation vienne ici se jouer, dans la rencontre intersubjective. On entend là évidemment la question de la subjectivation, qui apparaît comme un choix du Sujet, face au regard de l'Autre.

3. Le bébé, un sujet qui s'affirme

a. L'assertivité du bébé

Trevarthen différencie la subjectivité et l'intersubjectivité. La subjectivité se rapporte à un rudiment de conscience individuelle du bébé qui lui permet de participer au contrôle d'un échange intersubjectif. Il s'agit donc bien d'une compétence du bébé, acteur dans la relation à l'autre. Mais le bébé n'agit pas ce contrôle à sens unique, il ajuste son contrôle subjectif à la subjectivité de l'autre. Cela se passe sur le mode d'une collaboration. Le bébé déploie une forme d'assertivité, comme une affirmation de soi, en harmonie avec le partenaire de dialogue. Le comportement assertif se définit comme une posture d'affirmation de soi qui respecte l'autre.

Cette attitude assertive du bébé est-elle constitutive d'une position subjective ? On peut trouver ici un lien avec la question du processus de subjectivation et de l'émergence du sujet. A quel moment le bébé s'affirme-t-il en tant que sujet ? Ce rudiment de conscience le constitue-t-il en tant que sujet ? Cette question ne s'organise pas sans l'Autre, terme psychanalytique lacanien que l'on peut entendre comme l'environnement, le milieu humain au sens large.

Le sujet semble se constituer de manière progressive, par les expériences interactives répétées avec le milieu ambiant, dans le mouvement sous-tendu par la vie pulsionnelle à la rencontre des tous les objets qui le composent. Le processus de subjectivation apparaît comme un processus d'affirmation singulière, qui vient se jouer dans le rapport avec l'Autre. Ce processus se rejoue à chaque occasion de rencontre avec un autre. Ainsi le désir du sujet dans son rapport à l'Autre se trouve sans cesse réinterrogé.

b. La *Bejahung* : affirmation primordiale

Le sujet s'affirme alors, dans sa singularité, au sens d'une affirmation primordiale, d'une *Bejahung*, telle que Freud le formule dans son texte *Die Verneinung*. Cette fonction de jugement attributif polarisé à partir des motions pulsionnelles est constitutive du sujet dans ce qu'il prend / rejette à partir de l'expérience de plaisir. Il y a la notion de la constitution d'une limite entre un extérieur et un intérieur qui fonde la notion d'unification et de différenciation dans l'altérité. Cela introduit les mécanismes

d'introjection/expulsion à l'origine de la constitution des objets psychiques. Golse (2020) propose que dans le processus de subjectivation, le bébé passe d'un éprouvé d'être à un sentiment d'ex-ister. Le sujet se constitue donc d'ex-ister au lieu de l'Autre. Ainsi, le sujet se fonde dans son rapport à l'Autre, dans lequel il s'inscrit, et dont il se distingue, créant un « écart intersubjectif ». Cette affirmation primordiale définit donc une position subjective singulière.

Les ressorts de cette rencontre fondamentale avec un Autre s'originent dès la vie intra-utérine, lorsque le bébé entre en contact avec son enceinte (Prat, 2023). Les recherches qui s'intéressent à la psychologie fœtale mettent en évidence que le fœtus serait capable, dès la vie intra-utérine, de prélever de son expérience sensorielle des éléments lui permettant de se constituer une première représentation de cette altérité originaire, qui le contient et dans laquelle il ex-iste. L'activité propre du bébé le fonde en tant que sujet uni, différencié, et en relation avec l'autre.

4. Vers une intentionnalité fœtale ?

La psychologie fœtale est en plein essor et de nombreux travaux révèlent les compétences présentes chez le fœtus, et une qualité de présence et d'interaction dès la vie intra-utérine. (Nagy, et al. 2021). Un premier travail du psychique se conçoit à partir du traitement des premières perceptions sensorielles, des excitations qui parviennent au système nerveux (Prat, 2023).

a. De l'expérience sensorielle à l'expérience relationnelle in utéro

Marie-Claire Busnel a consacré toute sa vie à découvrir la richesse de la vie sensorielle in utéro et à faire valoir les compétences du fœtus. Ses travaux ainsi que ceux d'autres chercheurs ont notamment permis de mettre en évidence le développement de la sensorialité fœtale, en particulier la sensibilité auditive. Le développement sensoriel du fœtus est maintenant connu (Busnel et Héron, 2010) et suit un ordre chronologique, avec un certain chevauchement entre les sensorialités. D'abord, c'est la sensibilité tactile et somesthésique (7-8 semaines), et vestibulaire (10-12 semaines) ; puis le goût et l'odorat (vers 12 semaines), puis la perception auditive (24-26 semaines). La perception visuelle se développe de manière progressive en fin de grossesse (réactions fœtales à la lumière

vers 28 semaines), le système visuel poursuit sa maturation après la naissance (Granier-Deferre, 2011).

La sensorialité fœtale sera liée à l'activité du fœtus. Les mouvements sont la première manifestation de vitalité fœtale à apparaître après les battements cardiaques (Farges, 2021). Par ses mouvements, une relation se crée entre le fœtus et son enceinte. Dans le registre moteur et corporel, les travaux de Wallon (1959), Ajuriaguerra (1948), Bullinger (2007) ont contribué à éclairer la nature de cette expérience relationnelle entre le fœtus et son enceinte qui passe par le dialogue tonico-émotionnel. La pratique de l'haptonomie s'appuie sur la possibilité d'établir un dialogue affectif et corporel entre le fœtus et la mère (Dolto, 2011). Trevarthen (2018) évoque un « Soi moteur » (p.18) concernant l'intentionnalité du fœtus. S'inspirant du modèle d'observation du bébé selon Esther Bick, les travaux de Piontelli (1992) et Negri (2000) utilisent les observations tirées d'enregistrements échographiques et décrivent également l'existence d'une personnalité propre du bébé, déjà présente in utéro.

Les recherches menées à partir d'enregistrements vidéo lors d'échographies réalisés par F. Farges et analysés au sein du groupe de recherche « Echo » présentent un fœtus explorateur actif, doté d'une curiosité tournée vers le nouveau et le vivant dans son environnement. Ainsi, il décrit « le fœtus au ballon » qui, à la suite de la formation d'un caillot sanguin bénin lors d'une amniocentèse, adopte un comportement répété et orienté d'approche avec les mains, et les pieds, presque comme s'il « jouait » avec un caillot comme avec un ballon. Ces travaux ont porté également sur la clinique des jumeaux, dont les études révèlent une singularité de l'activité sensori-motrice qui permet de les distinguer. Cela rejoint l'expression de Szejer qui parle de « personnalité anténatale » en ajoutant qu'en thérapie, les très jeunes enfants offrent des récits de leur vécu anténatal (Szejer, 2022).

L'étude de Castiello et al. (2010) a démontré chez un fœtus de 14 semaines la présence de mouvements d'approches et des gestes différenciés selon qu'ils sont orientés vers le corps du jumeau ou vers la paroi utérine.

On sait aussi que les mouvements du fœtus vont aussi déclencher la parole adressée au fœtus, qui possèdent les caractéristiques prosodiques identiques à celles de la parole adressée au bébé, ou « mamananais » (Parlato-Oliveira et al. 2021). Busnel (2001)

a étudié les réactions fœtales à la voix maternelle adressée. Les résultats indiquent que les fœtus sont sensibles aux intonations de la voix maternelle, et qu'ils différencient lorsque celle-ci leur est adressée avec une intonation affective. Le plus étonnant est que ces travaux ont démontré l'existence d'un dialogue intérieur entre le fœtus et la mère, en mesurant que la réaction cardiaque du fœtus à la parole maternelle adressée à voix haute ou en voix silencieuse intérieure, est similaire (Busnel, 2006). C'est un résultat très intéressant dans le cas des bébés sourds dont l'atteinte serait prénatale, car cela confirme la possibilité pour eux de profiter de la richesse de ce dialogue émotionnel.

b. De la vie psychique anténatale aux prémices de l'intentionnalité

Les découvertes dans ce champ de recherche florissant ouvrent des questions nouvelles sur la vie psychique naissante en anténatal et interrogent sur une forme d'intentionnalité prénatale. Le mouvement et le rythme apparaissent comme des clés de compréhension des premières émergences de la vie psychique. Pour Bullinger (2007) l'organisme se constitue progressivement en tant que corps habité d'une intentionnalité à partir de ses expériences sensori-motrices, dans un processus qui commence dès la vie prénatale (Martino et Dattiseli, 2021, Chauvet, 2015). Les expériences du fœtus qui interagissent avec son milieu lui permettent de développer des compétences qu'il sera en mesure de réactiver après la naissance. Le psychique s'organise à partir des activités d'expérimentations sensorielles et motrices.

Il y a une forme de continuité transnatale entre la vie foetale et aérienne. Le bébé garde une trace mnésique des éprouvés sensoriels in utero, notamment le goût et l'odorat, qui lui permet de reconnaître l'odeur de sa mère (Granier-Deferre et Schaal, 2005). Le fœtus perçoit la voix de sa mère, son rythme et sa modulation, qui le renseigne sur son « état pulsionnel » (Trevarthen et Aitken, 2003, p.324). Il pourra reconnaître la voix de sa mère dès la naissance, mais aussi identifier son visage, quelques heures après sa naissance à terme. Le bébé prématuré peut lui aussi initier et s'engager dans des proto-conversations. Trevarthen (2018) rapporte les travaux de S. Van Rees qui montre que, deux mois avant le terme, un bébé prématuré peut initier un échange avec son parent, et qu'un dialogue peut se nouer entre eux, suivant la courbe rythmique d'une conversation ordinaire.

Ces données suggèrent qu'un premier travail psychique est à l'œuvre bien avant la naissance, dans la vie intra-utérine, dans lequel les perceptions laissent des traces mnésiques et forment de premières représentations. Pour Prat (2023) « le point repérable du début de la vie psychique serait une transformation du sensoriel effractant. » Elle illustre cela par l'observation des premières réactions du fœtus aux sensations tactiles, aux alentours de 8 semaines : lors de la stimulation de la zone péribuccale, le fœtus manifeste en premier lieu une réaction d'éloignement ; mais quelques semaines plus tard, entre 11 et 14 semaines, la même stimulation entraîne un rapprochement de la tête puis du corps entier. Après 3 ou 4 semaines, l'évitement du contact devient une recherche de contact. Une transformation s'opère, ce qui suggère un « premier traitement psychique d'un éprouvé sensoriel. » (Prat, 2023 p.55,). La naissance psychologique est bien antérieure à la naissance biologique.

Dès les premiers temps de sa vie aérienne, le nouveau-né va utiliser tout son potentiel (état d'éveil, mouvements, regards, suctions, imitations, vocalisations, expressions faciales...) pour exprimer son intentionnalité et entrer en relation avec l'autre. Cette dimension de provocation traduit le désir inné du bébé pour établir des liens avec son milieu humain.

C. Un bébé qui s'exprime

1. Les savoirs du bébé

a. *Le nouveau-né est un néotène, mais pas un néophyte*

Nous l'avons vu, le nouveau-né arrive au monde avec déjà beaucoup de connaissances sur lui-même et sur son environnement. Mais il y a une véritable continuité transnatale entre la vie fœtale et la vie aérienne. Car le fœtus est capable d'apprentissages, d'engrammer certaines traces mnésiques d'expériences sensorielles et perceptives qu'il peut réactiver après la naissance (Lécuyer et Durand, 2017). Le nouveau-né reconnaît la voix et l'odeur de sa mère, et peut s'orienter en direction de celle-ci.

L'expérience de la naissance, passage d'un environnement liquide à un environnement aérien, amène un grand bouleversement et une perte de repères établis par le bébé in utéro. L'immaturation de son système nerveux lui demande de déployer de

grands efforts pour conserver une relative homéostasie et effectuer les tâches développementales qui lui incombent. L'intervention d'un prochain secourable lui sera nécessaire pour cela, pour subvenir à ses besoins vitaux. C'est ce que l'on définit comme la néoténie du nouveau-né humain, caractéristique spécifique à notre espèce, vulnérabilité intrinsèque qui serait de manière paradoxale à l'origine de l'accroissement des compétences affectives et sociales humaines (Golse, 2019).

L'échelle NBAS mise au point par le pédiatre américain Brazelton, dans les années 70, permet d'observer les ressources propres de chaque bébé pour se réguler. Dans son examen, Brazelton formule qu'il vise à faire prendre conscience aux parents de « l'extraordinaire répertoire comportemental dont leur enfant est doté », afin qu'ils voient chaque réaction « comme pouvant être le langage avec lequel le nouveau-né communique avec eux. » (Brazelton, 2005, p.63). Le comportement du bébé reflète son élan pour grandir. Les altérations comportementales, signes de dysrégulation, représentent des équivalents précoces d'expression verbale. Couvert (2022) les nommera sous le terme de « trait » du bébé, comme nous le développons par la suite. L'enfant communique avec son corps et l'expressivité du bébé est multimodale. Ainsi, l'échelle NBAS considère les différents états de veille, les modifications de la coloration de la peau, les mouvements digestifs, la respiration, mais également certains aspects du comportement moteur du bébé qui se manifestent dans les réflexes ou dans le dialogue tonique. L'échelle de Brazelton suppose que le nouveau-né est une personne, et que chaque bébé va déployer ses ressources et son style propres.

Par ailleurs, depuis une quarantaine d'années, les travaux dans le domaine des sciences cognitives ont opéré une révolution piagétienne (Lécuyer, 2020 ; Stréri, 2019) en démontrant que le bébé, dès ses premiers jours de vie, a non seulement des capacités sensorielles perceptives, mais également des compétences cognitives qui vont constituer des savoirs.

b. Le bébé interprète

La pensée d'Erika Parlato-Oliveira (2022) à propos du bébé nous permet d'envisager un bébé doté d'une large palette de compétences qu'il va venir actualiser et révéler, selon l'environnement dans lequel il vit. Le modèle développemental suit en réalité une courbe qui va du plus vers le moins, et non l'inverse. Peu à peu, le bébé va

spécialiser son potentiel en fonction de son environnement. Le bébé fait des hypothèses et constitue des catégorisations à partir de son expérience perceptive du réel. « La perception du bébé vient s'enrichir de sa capacité d'interprétation de ces perceptions qui, ensemble, constitueront les fondements de la construction de ses capacités » (Parlato-Oliveira, 2022, p.45).

Par son interprétation du monde, le bébé constitue des « savoirs » qui lui sont propres. « Quand le bébé interprète, il le fait en organisant sa subjectivité, d'où en ressort sa singularité. » (Parlato-Oliveira, 2022, p.39). Nous voyons donc se dessiner un bébé-sujet, acteur de son développement, qui va se constituer dans une singularité, à travers des choix et des interprétations propres du monde qui l'entoure.

1. La pulsion invocante est multimodale

La pulsion invocante, dans son rapport avec le signifiant, se raccroche à la contenance symbolique du grand Autre. Elle circule de manière souple entre le sujet et son autre, d'un substrat organique à un autre. Du côté du bébé, comme du côté de l'autre, le dialogue intersubjectif se noue de manière transmodale, impliquant le recouplement de plusieurs sens simultanément.

a. Le regard

Le bébé nous communique son regard sur le monde par toute son expressivité corporelle. La mise en place du regard est un des aspects fondamentaux de la constitution psychique du bébé. Mais le regard dépasse la question de l'œil et du domaine visuel, de même que le champ de l'invocation doit s'entendre au-delà de la voix. C'est ainsi que les bébés malvoyants peuvent tout de même s'inscrire dans le registre scopique (Parlato-Oliveira, 2018). « Le regard se détache de ce que l'œil peut voir », le regard est une création du sujet, qui procède d'une recherche interprétative de l'objet, d'une expression intentionnelle du sujet, notamment lorsqu'il cherche à se faire regarder par l'autre. « Quand le bébé voit c'est une perception, quand il regarde, c'est un sujet » Parlato-Oliveira (2023). Ainsi le regard du bébé est un acte subjectif et pulsionnel.

b. Les mouvements pulsionnels du bébé

Comme le rappelle Farges (2022), le mouvement est l'une des premières manifestations de vie à apparaître chez le fœtus, après les premiers battements du cœur vers 8 ou 9 semaines d'aménorrhée. La motricité spontanée (sous-corticale) du fœtus puis du bébé se complexifie progressivement jusqu'à la mise en place de la motricité volontaire (corticale) vers 5 mois de vie. Les Mouvements Généraux correspondant à la motricité spontanée du bébé. Ils concernent le corps entier, le tronc, la tête et les membres, depuis l'axe jusqu'aux extrémités. Ces mouvements sont caractérisés par leur variabilité et leur complexité : « Chacune des articulations est appelée à être mobilisée de façon non prévisible dans les 3 plans de l'espace, avec des variations et des changements fluides de direction. Le début du mouvement est progressif et il s'estompe graduellement, sans à-coup » (Beaulieu, 2021). Ce déroulement du mouvement semble introduire la musicalité et la narrativité des séquences relationnelles du bébé avec son parent, décrites par Trevarthen et Gratier.

Couvert (2020) postule que cette motricité, spontanée, qui n'a donc pas lieu en réponse à une sollicitation du côté de l'autre, correspond à une pulsion motrice. Elle se réfère à des travaux antérieurs (Bergès, Forget) et rappelle des hypothèses déjà présentes chez Freud. La question est alors de comprendre comment elle s'adresse à l'autre. Cette motricité commence dès la vie intra-utérine, et elle va bien à la rencontre d'un autre, à travers la paroi utérine, qui sera une contenance avec laquelle se nouera un dialogue tonique. Rappelons également les effets de cette motricité initiale sur la prosodie de la parole adressée au fœtus, mis en évidence par Parlato-Oliveira (2017). L'insistance motrice du nouveau-né est à entendre comme une expression pulsionnelle. Elle vise à établir des liens avec l'autre et se trouve au cœur de la rencontre intersubjective.

Cependant, pour Gratier, il y a bien une capacité de motricité volontaire chez le nouveau-né, à condition qu'un adulte lui accorde suffisamment d'attention (Gratier, Filippa, et Apter, 2018). A la naissance, le bébé est tout de suite orienté vers l'autre, et peut soutenir le regard de l'autre. Il entre en relation par les mouvements, et ses mouvements se synchronisent avec la prosodie parentale, comme l'ont démontré les travaux de Condon et Sander (1974). Ses mouvements deviennent plus coordonnés, fluides et gracieux quand il est en relation. La coordination des gestes du bébé ne se

produit pas uniquement à la faveur de la maturation progressive du système nerveux, elle est aussi fonction de la qualité de relation et de l'attention accordée au bébé. Gratier et al. (2018) présentent le mouvement comme une danse, comportant une dimension esthétique. Le rythme, le mouvement et l'émotion esthétique sont au cœur de l'expérience intersubjective. Les travaux d'O. Lev-Enacab (2015, 2022) à partir de l'étude de bébés prématurés démontrent également la corrélation de la qualité de la motricité du bébé et l'accordage mère-bébé.

Nous verrons dans la suite de notre écrit que certains bébés présentent une vulnérabilité pulsionnelle à cet endroit, ce qui peut altérer la qualité des échanges intersubjectifs et peut constituer une entrave aux processus de subjectivation. Dans la clinique avec ces tout petits-sujets, il nous faut alors nous mettre à l'écoute de leur expressivité singulière, afin d'en intercepter les ressorts pulsionnels.

c. L'expressivité corporelle du bébé

Cette motricité constitue les racines de la narrativité. La narrativité s'origine dans le corps par une création de sens à travers toute l'expressivité corporelle du bébé (Delafield-Butt et Trevarthen, 2015). Rappelons que le langage du bébé doit se distinguer de la langue, qui sera le code social linguistique partagé, selon le lieu et la communauté dans lesquels il grandit (Parlato-Oliveira, 2022). Les travaux de Trevarthen ont mis en exergue la richesse du langage pré-verbal du bébé, qui communique avec l'ensemble de son corps. Ce premier langage s'organise autour du mouvement et du rythme. L'intentionnalité du bébé va se manifester par son comportement, ses gestes, ses vocalisations. « Dans le proto-langage, ce n'est pas le fait auquel on se réfère ni la forme, mais plutôt les aspects expressifs et syntones de l'intersubjectivité, exprimés par le regard, le geste, la voix » (Trevarthen et Aitken, 2003, p.347). « Les mouvements du bébé sont détenteurs d'une syntaxe qui produit des mouvements d'intersubjectivité. » (Couvert, 2022 p.11).

Ainsi, le bébé sourd n'est pas extérieur à cette forme de langage, comme nous le développons dans le chapitre suivant. Pour Trevarthen, on voit que le langage est indépendant de la forme et du fond, mais se conçoit dans une dimension d'intentionnalité, de partage et d'émotion. « Le rythme intuitif et les contours pulsionnels de la proto-

conversation et les jeux mère-nourrisson peuvent être donnés par n'importe quel contact sensoriel ou moteur » (Trevarthen et Aitken, 2003, p.338).

Sofia, âgée de 6 mois, porteuse d'une surdité profonde appareillée est l'une des petites filles filmées dans le cadre de la recherche EnTNDre. Nous décrivons une scène tirée d'un enregistrement vidéo recueilli dans la composition de la cohorte de bébés sourds. Dans cet extrait, nous pouvons suivre la conversation qu'elle établit avec sa maman entendante.

Sofia est installée sur le dos, face à sa maman, en train de se faire dévorer les orteils par sa maman qui s'en délecte avec des vocalisations de plaisir. Puis sa maman souffle doucement vers le visage de sa fille. Sofia la regarde et lui sourit.

Sa mère : - « Ah, tu aimes bien ça, hein ? En plus avec cette chaleur... »

Sofia sourit à sa mère et relève les pieds dans sa direction. Sa maman souffle à nouveau. Sofia émet de petites vocalises, allonge ses jambes puis marque un rythme en bougeant les pieds énergiquement, accentuant encore son sourire.

- « Ah, oui ! Ah, ça c'est cool hein ? » la tête de la mère oscille, suivant le rythme des mouvements de sa fille.

Elle souffle à nouveau et Sofia se fige un instant pour ressentir l'air. Elle sourit à sa mère, avec un mouvement du bras et du buste.

- « Ça c'est chouette ! » dit sa mère.

Sofia lui répond en reprenant son mouvement rythmé des pieds.

- « Oui, tu aimes bien ! » reprend sa maman avec un hochement de tête.

Sa maman souffle à nouveau sur son visage.

Sofia la regarde et bouge les doigts de sa main dans le flux d'air. Son regard bouge en direction de la caméra, puis revient vers le visage de sa mère. Elle serre la main de sa mère, lève les pieds vers elle, tout en vocalisant.

- « Sur les pieds ? Tu veux sur les pieds ? » interroge sa maman.

Sofia acquiesce d'une brève vocalise « hum ».

- « Oui, je vais te le faire sur les pieds si tu veux. »

Elle saisit le pied potelé de Sofia et souffle sur la plante.

- « C'est agréable ça ? »

Elle souffle à nouveau, et commente :

- « Du vent sur les pieds... »

Sofia repose son pied. Elle donne un léger coup de talon sur le tapis. Puis elle relève à nouveau son pied.

- « Encore ? » Elle souffle une dernière fois, regarde sa fille et la complimente d'un sourire apaisant :

- « Tu es super calme... ».

Cette tendre séquence illustre la richesse de la communication qui s'établit entre Sofia et sa maman. On y retrouve l'organisation narrative selon les quatre phases décrites par Delafield-Butt et Trevarthen (2015) avec tout d'abord une introduction que suit un développement, menant à un point d'orgue, une apogée dans la séquence interactive, et enfin sa résolution.

La palette sensorielle est variée, le dialogue pouvant se nouer sur plusieurs registres de manière simultanée. Le rythme des mouvements de Sofia peut trouver écho dans la rythmicité de la voix et des mimiques de sa mère. Les vocalisations de Sofia, même si peu présentes, viennent ponctuer son « discours corporel » de manière intonative. Son regard, sa motricité, ses gestes fins et sa voix se coordonnent dans un véritable dialogue qui se noue entre elles. Faisant l'hypothèse d'un sujet, la maman questionne sa fille, entend ses réponses, et s'émerveille de sa tranquillité. Cet apaisement vient ponctuer l'issue d'une séquence pulsionnelle active.

Nous reconnaissons ici l'illustration de ce qu'a décrit Laznik sur la mise en circulation de la pulsion dans les échanges du bébé avec sa mère. Après une satisfaction libidinale dans le jeu de la dévoration des petons de Sofia, dans laquelle le plaisir maternel

est manifeste, le jeu du souffle apparaît comme une pause « rafraîchissante » venant rythmer et accompagner la poursuite d'un échange pulsionnel sur un mode plus tempéré. Les compliments adressés à Sofia vont amener une satisfaction narcissique partagée, venant clore le jeu de séduction.

Les gestes de Sofia ont une véritable valeur signifiante, et elle peut se faire comprendre par sa mère. Ainsi, le coup de talon par lequel Sofia appuie son pied sur le sol pour le remonter vers le visage de sa mère suggère l'idée d'une répétition, que la mère de Sofia perçoit en utilisant le terme « encore ? ». En LSF, le signe « encore » s'effectue en appuyant à deux reprises les doigts tendus dans la paume de l'autre main.



2. Le trait, une expressivité singulière du bébé

a. Le bébé analysant

Couvert introduit également un paradigme du trait initié par le bébé, permettant de supposer un bébé analysant, dès son plus jeune âge. Le trait est ce qui insiste chez le bébé, ce qu'il produit et nous donne à voir pour s'exprimer de manière singulière. Ces productions sont à considérer comme des trouvailles du bébé dont l'Autre doit accuser réception. Ce sont des créations ayant valeur de langage. Chaque bébé tricote de manière singulière son existence subjective dans le milieu qui est le sien. Son trait est un moyen de nous transmettre sa manière propre de composer avec ce qui lui est donné de rencontrer. Le trait s'apparente donc au signifiant.

⁸ Poster « Mes Premiers signes avec bébé ». Hoptoys. <https://www.bloghoptoys.fr/mes-premiers-signes-avec-bebe>

Les traits sont des « bricolages avec le réel auquel ils sont soumis ». Couvert place son propos dans la clinique des bébés vulnérables et nous propose de considérer la symptomatologie du bébé, y compris dans ses formes de retrait relationnel, comme étant d'emblée adressée à l'autre. Ainsi, « le trait pulsionnel peut aussi être défensif » (Couvert, 2022, p.137). Le trait dans sa manifestation symptomatique peut être considéré comme une solution subjective trouvée par le bébé, y compris dans le « hors norme » (p.186). Couvert décline son propos en illustrant avec des situations cliniques présentant les trois principales manifestations de retrait relationnel dans le champ de l'autisme, de la psychose ou de la dépression du bébé.

b. Le trait de Valentine

Ainsi, nous recevions au CAMSP la petite Valentine âgée de 10 mois, avec ses parents. Elle nous est adressée à la suite d'un atelier « massage » proposé au CAMSP pour les bébés vus en surveillance pédiatrique dans le cadre du dépistage.

Valentine était née avec une extrême prématurité, à 25 semaines. Sa motricité était saccadée et tendue, ce qui rendait le portage difficile. Elle avait tendance à avoir des gestes répétitifs, avec l'apparition de rotations des poignets. Son état émotionnel oscillait entre l'anxiété et l'irritabilité que les parents s'employaient à calmer par des attitudes très excitantes provoquant les éclats de rire de leur fille, sur un mode de *regulation-up*, signe qu'ils avaient mis en place les attitudes parentales défensives typiquement décrites pour les bébés en difficulté relationnelle (St Georges, et al., 2011). Cependant, ils n'exprimaient pas explicitement d'inquiétude face aux difficultés de régulation émotionnelle de leur fille.

Nous leur proposons tout de même de les recevoir à nouveau en famille pour écouter les affects les ayant traversés au cours de cette période si éprouvante. En même temps, nous percevons la sensibilité de Valentine lorsqu'étaient abordés les sujets difficiles. Pour ce second entretien, nous décidons donc de nous mettre à son écoute, en respectant ce qu'elle manifesterait en lien avec l'évocation de son histoire. Lors de l'entretien, elle arrive et semble inquiète. Elle est irritable et grincheuse. Son père l'installe assise au tapis. Nous commençons à échanger avec ses parents. La maman a également observé que sa fille ne supporte pas les propos négatifs. Nous expliquons que nous respecterons Valentine, quitte à reporter cet entretien si le moment n'est pas venu. Au tapis, Valentine est très agrippée à sa tétine, qu'elle fait tourner dans sa main. A un

moment, elle s'oriente vers nous et tend son bras, puis tourne légèrement sa main, brandissant sa tétine dans notre direction. Nous observons alors sa tétine avec plus d'attention. Elle est entièrement en silicone transparent cerclé de rose. La téterelle a une forme invaginée avec un creux à l'intérieur. Il n'y a pas de bouton sur la collerette. Nous sommes surprise et admirative de cette forme originale, et disons à Valentine que nous n'avons jamais vu pareille tétine. Le papa explique que cette tétine lui a été donnée à l'hôpital, à sa naissance, et qu'elle l'a gardée depuis, et pendant toute l'hospitalisation. Nous comprenons alors à quel point cette tétine a été investie par Valentine et par ses parents. Cet objet si rassurant, contenant, calmant a été systématiquement présent durant toutes les épreuves qu'ils ont traversées durant la période d'hospitalisation, chacun de leur place. Sa tétine a fait réellement office d'objet transitionnel, offrant une continuité sécurisante lors du retour à la maison. Ainsi, Valentine présentait cet objet signifiant pour parler d'elle. Sa tétine venait signifier quelque chose de sa singularité. Ce geste du bras tendu, et de rotation du poignet fermé sur la tétine était un trait, un langage qu'elle nous adressait. Nous avons pu alors écouter le récit de son histoire.

La grille de lecture de Couvert nous intéresse particulièrement en ce qu'elle met en lumière la part active du bébé, en tant que sujet qui initie un élan vers l'autre. Ainsi il nous a semblé très intéressant de nous appuyer sur son travail pour effectuer un travail de relecture d'une psychothérapie d'un bébé sourd avec comorbidités, comme nous le présenterons en troisième partie de cette thèse. Nous avons appuyé notre méthodologie d'analyse des données en partant de ce trait. A partir de ce travail de relecture nous nous intéresserons au rôle de la pulsion dans la construction psychique et le développement du bébé. Le trait selon Couvert vient éclairer le symptôme sous un jour nouveau, qui nous permet de considérer un bébé analysant, qui s'exprime dans la cure.

II. ENVELOPPES ET CONTENANCE, DU CÔTÉ DE L'AUTRE

Dans cette partie nous déplierons quelques aspects théoriques majeurs concernant la notion d'enveloppe et de contenance constitutive des processus de subjectivation du bébé, suivant une conception articulant le corps et le psychisme. Dans l'héritage des travaux d'Esther Bick (1968) appuyés sur l'observation directe des nourrissons, nous rappelons les travaux d'Anzieu qui théorisa le concept de Moi-Peau (1985). A sa suite, l'œuvre scientifique que Geneviève Haag, élève d'Esther Bick, a élaborée continuellement tout au long de sa vie, rassemblée au sein de l'ouvrage le Moi Corporel (2018), offre une richesse conceptuelle immense dans la clinique du bébé et des pathologies de l'archaïque. Nous nous intéressons à l'éclairage qu'elle a apporté sur la constitution du psychisme à partir des éprouvés et expériences corporelles du bébé. Puis nous articulons plus spécifiquement la notion d'enveloppe avec la pulsion, suivant la conception de Houzel (2005) mais aussi les propositions de Mellier (2014, 2023), et en nous rapprochant du registre tactile. Nous ajoutons le concept de tact-pulsion proposé par Prat (2023). Le courant psychanalytique post-freudien a permis de déployer largement la richesse du concept d'enveloppes dans la clinique du bébé, et d'en dégager des outils précieux pour la clinique auprès des jeunes patients ayant une fragilité de l'organisation du Moi. Les enveloppes psychiques se déploient nécessairement dans l'intersubjectivité et dans l'intrapsychique : « Pas d'enveloppe psychique sans sujet, pas d'enveloppes psychiques sans le travail de sujets en eux et entre eux. » (Mellier, 2023) La contenance psychique est liée à la question du sujet en tant qu'entité moïque, et à la constitution des objets en tant qu'objets relationnels, mais également intrapsychiques. La question de la contenance se décline également dans le champ lacanien, notamment dans le champ spéculaire qui s'organise autour du stade du miroir, mais également dans le registre signifiant.

A. Les enveloppes corporo-psychiques

Les enveloppes corporo-psychiques se rapportent à la mise en place de l'instance du Moi dans la constitution de l'appareil psychique. Le concept d'enveloppe psychique a été principalement développé dans un courant psychanalytique freudien s'intéressant à la mise en place de la relation d'objet. L'enveloppe psychique est indissociable de sa

fonction contenant (Ciccone, 2001), ce qui nous a permis un rapprochement avec la déclinaison de la contenance psychique, telle qu'on le retrouve dans une conception lacanienne. Cette articulation théorique nous a été inspirée par l'étude du cas clinique de Seydou qui, par son trait signifiant « fermé », nous a mené à étudier la notion d'enveloppe et de contenance. Notre ligne méthodologique a donc été de suivre ce fil conducteur indiqué par le bébé en tant que sujet, de nous laisser enseigner par lui la question de la constitution des enveloppes psychiques. Voici les abords théoriques vers lesquels il nous a guidé.

1. Le Moi-Peau

Les travaux princeps d'Anzieu sur le Moi-Peau font référence à l'aspect corporo-psychique des premières enveloppes. Son concept se rapproche de celui de la peau psychique proposée par Bick (1968). Anzieu (1995) conçoit le Moi-Peau comme « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1995, p.61). Il s'agit d'une notion frontière qui trouve ses racines dans l'éprouvé corporel et permet l'étayage des expériences psychiques subjectivantes. Le moi s'étaye tout d'abord sur un moi-corporel, permettant d'établir une communication entre les stimuli externes perçus et les sensations, les significations reçues impliquant une surface distinguant une face externe et une face interne.

Anzieu théoriserait les multiples fonctions du Moi-Peau, notamment celle de contenance, de protection, et de communication. Pour lui la peau peut remplir cette fonction au même titre que la bouche, par la communication multimodale du bébé.

La coexistence de ces fonctions de la peau suppose la double possibilité de bloquer et filtrer les échanges avec l'extérieur. C'est pourquoi la constitution d'un Moi-Peau est une condition nécessaire à la secondarisation du narcissisme (contact signifiant) et du masochisme (contact excitant), deux qualités déterminantes dans le rapport à l'autre. On comprend alors en quoi le peau-à-peau et les soins primaires prodigués au bébé constituent les premières modalités de communication qui lient le sujet à son environnement. Le toucher, domaine sensoriel de la régression, ramène le sujet à ses premiers échanges avec le monde hors de lui.

Nous trouvons un écho récent dans les travaux de Couvert (2018) sur la pulsion tactile, où le bébé éprouve la relation par ses retours sensoriels, comme nous le verrons par la suite. Il y aurait un lien très étroit entre ce Moi précoce et les expériences que la peau lui retransmet. Pendant un temps, la substance qui constitue le Moi semble se résumer à l'éprouvé sensoriel. Le rôle du Moi-Peau dans l'éprouvé de l'expérience subjective éclaire ainsi la position active du bébé dans la relation à l'autre.

Le Moi-Peau assure une multitude de fonctions : il soutient le psychisme (holding), pour permettre l'intériorisation des stimuli externes reçu par le champ tactile, faisant intervenir l'intersensorialité ; il occupe une fonction contenant, en prenant alors la peau comme un sac et assurant le handling. Il est également un pare-excitation, telle la couche épidermique qui protège le derme. Le Moi-Peau construit progressivement la fonction d'individuation du Soi, il a donc une dimension libidinale qui prépare l'auto-érotisme en soutenant l'excitation sexuelle, et la fonction de recharge libidinale, maintenant la tension interne en contenant le matériel intériorisé. Le Moi-Peau est le lieu d'inscription des traces sensorielles, en tant qu'interface des premières expériences avec l'autre, objet tout d'abord différencié, intériorisé.

On devine par conséquent le potentiel traumatique de l'effraction de cette peau. Son intégrité conditionne la possibilité d'une différenciation et d'une affirmation du sujet. Ainsi le Moi-Passoire théorise l' « angoisse d'avoir un intérieur qui se vide, tout particulièrement de l'agressivité nécessaire à toute affirmation de soi » (Anzieu, 1995, p.101). L'agressivité se trouve ici comme ressort pulsionnel, participant de l'affirmation du sujet. Cette enveloppe, physiologique et psychique, ne remplit plus son rôle de délimitation entre l'intérieur et l'extérieur (Houzel, 2010), engendrant le risque d'une porosité fragilisant les mécanismes de subjectivation.

Houzel (2005) se démarquera d'une métaphore de l'enveloppe figurant une forme de « récipient », et théorise une vision dynamique de l'enveloppe, venant se constituer sous l'effet des forces pulsionnelles du sujet. Il élargit le concept d'enveloppe, au-delà de la peau, qu'il distingue en trois feuillets. Il s'attache à décrire les conditions de stabilisation des motions pulsionnelles, à travers l'établissement du Moi.

2. Le Moi Corporel

C'est le titre donné à l'ouvrage de Geneviève Haag qui rassemble l'ensemble de son œuvre scientifique. La théorisation de G. Haag concernant les processus archaïques en jeu dans le processus de subjectivation est à la fois d'une grande profondeur et d'une intense clarté. Son œuvre s'appuie sur une théorisation tirée à la fois de la clinique auprès de patients autistes et de l'observation de bébés.

Pour Haag, le concept d'enveloppe regroupe la peau et la contenance, formant un double feuillet. Elle se réfère à Anzieu à propos des enveloppes sensorielles partielles (sonore, visuelle, olfactive) qui doivent pouvoir se réunir, se rassembler dans l'interpénétration des regards, pour constituer une entourage solide avec un noyau d'attache central (Haag, 2007).

C'est dans la rythmicité relationnelle du bébé et de sa mère que le sonore⁹ et le tactile se tissent, en simultanéité avec le regard. Le tissage des rythmicités sonores avec le tactile du dos s'apparente à une trame pour constituer l'enveloppe psychique. L'échange des regards, comme point d'attache, permet d'intérioriser l'objet d'arrière-plan.

Le concept d'arrière-plan chez Haag peut être rapproché de celui d'arrière-fond qui vient constituer un appui chez Bullinger. Pour Bullinger (2015), la face externe de l'enveloppe corporelle prend appui sur les éprouvés sensoriels, tandis que la face interne se constitue par les variations de tonus musculaire. La co-modalisation sensorielle (Golse, 2015), que l'on rapproche du croisement des registres pulsionnels (Couvert, 2018) est nécessaire à la constitution des premières enveloppes.

L'interpénétration des regards sera plus ou moins supportable, selon le type de regard mais aussi la qualité des enveloppes et de l'arrière-plan. Dans le schéma de contenance (Haag, 2015) établi à partir du dessin de son patient Bruno, Haag figure, sous forme de fleur, la façon dont les rythmies relationnelles constituées d'envois et de rebonds

⁹ Pour le bébé sourd ce tissage se fait par d'autres co-modalisations sensorielles, comme nous l'avons décrit dans cet article : De Clerck, A, Favrot-Meunier, C., Parlato-Oliveira, E. (2023). Les défis du bébé sourd. *Contraste*, n°58

forment des boucles relationnelles successives, qui s'entrecroisent, pour constituer le noyau et l'enveloppe. Ainsi, l'enfant introjecte de la contenance et se constitue une entourage, suivant une structure radiaire (Haag, 2002a, 2018b). Cette structure radiaire de contenance permet de représenter la formation du moi corporel, y compris le squelette interne organisé suivant un axe vertical.

Ainsi se crée un espace d'intersubjectivité, dans lequel les rythmicités relationnelles sont intériorisées, par les mécanismes d'identifications intracorporelles, au moment de l'introjection de contenance.

3. Le rôle de la pulsion dans la constitution des enveloppes psychiques

« Les enveloppes psychiques sont fondées sur le rapport qu'entretient la psyché avec son étayage corporel, somatique » nous rappelle Mellier (2023) Elles se forment dans le creuset de la pulsion, concept charnière somato-psychique, dont elles suivent l'organisation. Voyons comment cette articulation prend forme dans la théorisation.

a. Boucles et bouclage

Haag (2018) souligne le rôle de la pulsion dans l'interpénétration des regards : l'« élation » est un élan vers l'autre qui vient par « surgissement sous l'effet combiné de la pulsion et de l'attraction par l'objet » (p.108). Elle rejoint Houzel (2010) pour qui la dimension contenante des enveloppes psychiques est liée à la force d'attraction du mamelon/sein qui vient contenir les pulsions orales du bébé en leur donnant une forme stable. Les enveloppes psychiques apparaissent comme un processus dynamique, qui part des mouvements pulsionnels internes du bébé, et résulte de l'intériorisation des fonctions contenantes de l'objet (Ciccone, 2001). Par cet élan vers l'autre, qui permet l'établissement de boucles relationnelles, s'introjecte de la contenance, par des processus d'identifications intra-corporelles. Ces processus identificatoires permettent la formation des deux feuillets de la peau-contenance, et la constitution de l'espace intersubjectif. Ainsi, c'est bien le jeu pulsionnel initié par le bébé qui va permettre la constitution de la « structure radiaire de contenance » (Haag, 1993), par les retours qu'il provoque chez l'Autre.

La pensée de Haag s'illustre de manière géométrique, le rond étant « le corollaire de la structure radiaire de contenance ». Le bouclage du circuit pulsionnel et la circularité

des boucles de rebond sont à la fois constituants et constitués par le « squelette interne de la sphéricité » (Haag, 2018, p.396). « L'absence de rebond empêche en effet le retour de l'envoi pulsionnel vers la fondation du noyau narcissique, c'est-à-dire du sentiment d'exister, d'être soi-même. » (Haag, 2018, p.399)

Ainsi, le bouclage du circuit pulsionnel, qui passe par l'autre, permet l'établissement des boucles de rebond. Nous pouvons dire que la pensée de Haag rejoint celle de Laznik dans l'idée que c'est l'absence du bouclage du circuit pulsionnel qui empêche la constitution subjective du bébé et l'inscription de l'autre dans son appareil psychique.

Haag se réfère à Bion en proposant que ce point de retour, qui implique à la fois suffisamment de résonance en « mêmeté », mais avec aussi suffisamment de « désajustement », permet une « transformation ». Nous retrouvons l'idée d'une expérience pulsionnelle structurellement organisée autour du manque tel que formulé dans la théorie des pulsions dans le champ lacanien. Couvert (2022) insiste en formulant que le désir ne se construit pas à partir de l'expérience de satisfaction, mais de celle du manque. Dans le champ des recherches sur le bébé dans le courant théorique de l'intersubjectivité, on trouve un parallèle avec l'orientation innée du bébé vers le connu, mais aussi son attrait pour ce qui propose de légères variations, certaines irrégularités, apportant de la nouveauté, de l'inconnu (Gratier et Trevarthen, 2006), de l'altérité.

b. La structure radiaire de contenance et l'objet d'arrière-plan

L'altérité rencontrée dans ces boucles relationnelles va être soumise aux mécanismes d'introjection / expulsion, amenant à l'intériorisation des objets. Concernant l'objet d'arrière-plan, Haag construit sa pensée à partir de données d'observation concernant les expériences de contact du dos chez des bébés, et poursuit en reprenant de Grotstein le terme « d'objet d'arrière-plan d'identification primaire » « gardien de la constance de l'objet naissant depuis le tout début de la vie, jusqu'à ce que la représentation des objets puisse remplacer la présentation des objets (objets selfs, objets internes), ce qui rend possible la transformation de l'Objet d'arrière-plan en un concept-divin associé au Surmoi et à l'Idéal du Moi. » (Haag, 2018, p. 85).

Le noyau constitué de l'entrecroisement des boucles de rebond va venir structurer l'axe vertébral vertical de ce squelette psychique interne. Haag propose que l'axe vertical s'étaye sur le regard, avec le tissage du sonore et du tactile du dos. L'axe vertical est associé à l'introjection des liens du côté paternel (Haag, 2018, p.405) dans la théorisation de Haag. Nous y retrouvons la dimension de spécularité de la conception lacanienne, et avec la fonction unifiante, organisatrice et symbolique et du grand Autre.

c. Mouvement pulsionnel et contenance psychique

Du côté du mouvement, les travaux récents de Beaulieu (2022), ostéopathe et psychanalyste, sont à la croisée du corporel et du psychique. Très engagée dans la clinique des bébés à risque dans le dispositif RIEPPI, elle s'inscrit également dans la lignée de Houzel et Haag, et propose une organisation des processus de subjectivation polarisée entre d'une part le pôle du bébé, animé par la pulsion, et le pôle du grand Autre, agissant comme pivot organisateur. Selon elle, l'engagement corporel du bébé, animé par sa pulsionnalité, vient s'organiser progressivement vers l'autre. Dans son travail de thèse, elle a mis en évidence que les fragilités corporelles du bébé peuvent faire entrave au bouclage du circuit pulsionnel (2020). Elle décrit plus spécifiquement le schéma moteur en hyper-extension, qui plus est peut-être renforcé par les douleurs digestives, fréquemment retrouvées chez les bébés en voie d'autisme. Ses travaux se poursuivent dans l'étude des mouvements généraux chez le bébé, en lien avec le développement relationnel du bébé. La qualité de la motricité spontanée du bébé s'adresse à l'autre et vient trouver un écho contenant dans la réponse qui viendra en retour. Sur le plan neurologique, la motricité sous-corticale se coordonne progressivement en motricité volontaire sous l'effet de la maturation corticale par un phénomène d'apoptose, de mort cellulaire (Hadders-Algra, 2018). Ce phénomène se trouverait altéré pour les bébés à risque de troubles du neuro-développement, comme nous l'expliquerons dans la partie concernant le bébé vulnérable.

d. Le giron, une figure du grand Autre

A la croisée des registres moteurs et tactiles, nous citons aussi les travaux plus récents de Bentata (2022) qui a théorisé la pulsion de portage. Sa source se trouve dans le dos du bébé et dans l'expérience somesthésique. Son objet en est le giron, le creux

corporel constitué des bras, de la poitrine, du ventre et du haut des cuisses, où le bébé peut venir se nicher pour trouver bien-être et plaisir.

Cette pulsion se décline en trois temps comme suit : porter un enfant, se porter, se faire porter. Le premier temps est celui de porter un enfant. Ainsi, on relève que la proposition théorique de Bentata situe donc le premier temps actif du côté de l'Autre, plus précisément de la mère, qui porte l'enfant dans son utérus pendant la grossesse, et dans son giron, après la naissance. Bentata précise que le bébé devient rapidement un partenaire actif dans ce premier temps du portage, par le dialogue tonique. Le second temps, se porter, fait référence à la façon dont certains bébés se portent, par un recrutement tonique non ajusté, de manière hypotonique ou au contraire hypertonique, comme c'est fréquemment le cas dans la clinique des bébés vulnérables. Il s'agit de permettre à ces bébés d'accéder au troisième temps, celui de se faire porter, lorsque le bébé est provoquant et agissant dans le portage, par la manière de se tendre vers l'adulte pour être porté, par le foussement, la manière de se lover. Nous faisons un lien avec l'item de la câlinité décrit dans le NBAS de Brazelton.

Le bébé peut être un partenaire actif du portage. La proposition de Prat (2023) développée dans son ouvrage « Tact-pulsion » nous permet de remonter le fil chronologique vers le giron utérin, ce qui suggère un temps actif du côté du bébé qui peut se formuler dans l'idée que le fœtus va « tenir », ou plus avant encore, l'embryon, s'accrocher.

Bentata appuie sa lecture sur les apports de Haag concernant la constitution de l'arrière-plan, par l'expérience entrecroisée du tactile du dos, de l'interpénétration du regard et de l'enveloppe sonore. La présence d'arrière-plan devient un objet d'identification primaire. Bentata se réfère également au Moi-Peau d'Anzieu qui offre une contenance, une toile de fond sur laquelle s'inscrivent les contenus psychiques. Le giron est un objet multimodal qui va être introjecté par l'enfant et permettre une première expérience unifiante et subjectivante, en amont du stade du miroir, selon la conception de Lacan. Ainsi, le giron procède de la spécularité et du grand Autre.

B. La contenance dans les registres pulsionnels

1. Le tactile

« Le tactile possède une caractéristique distinctive qui le met non seulement à l'origine du psychisme, mais qui peut fournir à celui-ci, en permanence, quelque chose qu'on peut aussi bien appeler le fond mental, la toile de fond sur laquelle les enveloppes psychiques s'inscrivent comme figures, ou encore l'enveloppe contenant qui fait que l'appareil psychique devient susceptible d'avoir des contenus. » Anzieu (1995, p.82).

Couvert (2018) souscrit à l'hypothèse du ratage pulsionnel suivant la pensée de Laznik, nous avons décrit ce qu'elle élabore autour de la pulsion tactile, se rapprochant encore au plus près du sensitif éprouvé sur la peau, et décrit comment le bouclage pulsionnel institue le corps du bébé en tant que « source » et en tant que « bord » pouvant à la fois maintenir et contenir l'élan pulsionnel.

Nous trouvons une proximité avec la pensée de Mellier (2014) lorsqu'il formule que la « libidinalisation [du] corps lui donne une consistance, ce « corps érogène », issu d'un narcissisme qui est passé par l'objet, constitue une « peau », un sentiment d'être à la fois uni et séparé de l'autre ». Il formule que « les enjeux pulsionnels sculptent les enveloppes [en inscrivant] la géographie des zones érogènes du bébé dans son corps et en relation avec l'autre » (Mellier, 2014, p.43-44).

Cette organisation première du psychisme à partir de l'éprouvé tactile est mise en lumière dans l'ouvrage de Prat (2023), qui propose le concept de tact-pulsion. Elle rejoint Couvert dans l'idée que le toucher a la particularité d'être un sens réversible : toucher implique nécessairement d'être touché. Le toucher, premier sens à se développer in utero, constitue un premier organisateur de la vie psychique, qui démarre dès la vie fœtale. Selon elle, la vie psychique commence par l'alternance de la rythmicité être en contact / perdre le contact. Elle situe l'impulsion initiale du côté de la curiosité foetale, de l'envie d'exploration innée du bébé. Selon elle, c'est de la part de plaisir tirée des expériences d'exploration que se met en route la dimension pulsionnelle. Ainsi, la source et l'objet se confondent dans le champ tactile, ce qui peut lui conférer une structure de bord. Le registre tactile se situe donc à l'interface entre le sujet et l'autre, mais également entre le somatique et le psychique.

a. Le toucher dans la clinique en CAMSP

Dans la clinique du CAMSP, nous déclinons cette dimension tactile au travers d'un atelier massage parent-bébé. Ces ateliers sont proposés lors des consultations pédiatriques avec des bébés vulnérables. Il s'agit le plus souvent de bébés gravement prématurés ou sortant d'hospitalisation néonatale, avec un début de vie traumatique. Ce temps de massage est co-animé par une infirmière puéricultrice formée au massage du bébé et une psychologue ou une pédopsychiatre. Nous recevons un bébé et son parent. Les gestes du massage sont expliqués puis démontrés sur un poupon, et c'est le parent qui masse son bébé. Ce temps permet à la dyade parent-bébé de partager un moment de bien-être, hors du champ du soin ou de la remédiation. Durant ce temps, nous pouvons prendre le temps d'observer attentivement le bébé et de nous mettre à son écoute. Lors du massage, l'intervention sur son corps provoque des petites réactions, que nous observons avec le parent. Nous constatons avec le parent l'état de disponibilité du bébé et sa réceptivité. Nous soulignons sa manière d'être un partenaire actif de ce moment, lorsqu'il tend son pied ou bouge une autre partie de son corps. Nous écoutons en observant tout ce que le bébé manifeste de son ressenti : le type de toucher qu'il apprécie, les endroits du corps qui amènent des réactions parfois plus vives de la part du bébé. Cela peut être le cas par exemple lorsque ce sont des parties du corps qui ont été douloureuses et souffrantes, ou parfois intrusées par les soins. Cela peut être l'occasion de mettre des mots sur ces souvenirs corporels. Le massage par le parent vient proposer une expérience de bien-être et de plaisir partagé permettant à de nouvelles traces mnésiques d'apaisement de venir s'imprimer.

Nous sommes également disponibles et à l'écoute du parent, mais sans chercher à interroger son vécu. Nous nous détachons du dossier médical pour favoriser l'attention au moment présent, en permettant une expression libre. Nous prenons soin du cadre, de l'installation, de l'ambiance de détente. Nous prévoyons du temps pour nous ajuster au rythme de chaque dyade. Nous prenons des notes détaillées de nos observations à l'issue de la séance.

Si un bébé nous signifie qu'il n'est pas disposé à profiter du massage, nous respectons ce qu'il manifeste. Dans ce cas, nous pouvons présenter au parent les gestes du massage sur le poupon, à reproduire à la maison, dans un moment favorable, ou lors

d'une séance ultérieure au CAMSP. Nous interrogeons aussi ce qui se joue pour ce bébé dans cette indisponibilité : est-ce le moment qui n'est pas ajusté à son rythme, ou bien cela caractérise-t-il une difficulté particulière pour ce bébé ? Ces temps sont chaque fois d'une grande richesse et nous offrent une opportunité d'observer avec attention chaque bébé et son parent. Cela a pu être l'occasion de réorienter certains bébés pour débiter une consultation psychologique ou un suivi précoce.

2. L'invocant

Dans cette section nous mentionnerons la dimension contenante du registre invocant. Nous verrons comme elle s'articule à la dimension spéculaire du grand Autre, lieu des signifiants. Ceux-ci offrent une contenance au sujet. Nous présentons la prosodie du *mamanais* en référence aux travaux de Laznik, dans la clinique des bébés à risque autistique. Nous poursuivrons en suivant le terme de parole adressée au bébé, en spécifiant sa place d'objet dans la relation du bébé à l'autre, puis nous verrons comment, par ses qualités rythmique et mélodique, correspondant à une circulation pulsionnelle, elle contribue à définir des contours signifiants.

a. *La prosodie du mamanais*

La pulsion invocante est tout à fait centrale dans les psychothérapies avec les bébés à risque. Pour Laznik (2005), cela opère en tant que levier thérapeutique dans le travail de « réanimation psychique ».

Le plaisir partagé et l'émotion dans ces échanges viennent moduler la prosodie de la parole adressée au bébé. Les travaux de Laznik se sont notamment tournés vers l'étude de la voix comme premier objet pulsionnel, et des caractéristiques intonatives et acoustiques spécifiques de celle-ci dans le dialogue avec un bébé. Car le *mamanais* ou parole adressée au bébé se réfère à la manière très naturelle et universelle de moduler spécifiquement la voix lorsqu'on s'adresse à un bébé. Cette musicalité se retrouve dans toutes les langues du monde (Parlato-Oliveira et al, 2020) et serait reconnaissable même par des non-locuteurs. Cette prosodie si particulière est tellement envoûtante qu'elle a la faculté de capter l'attention du bébé (même pour les bébés en devenir autistique) et de soutenir son engagement relationnel. S'appuyant sur les travaux de psycholinguistes, Laznik met en évidence que la surprise et l'émerveillement sont la combinaison

d'émotions qui déclenche le pic prosodique de la parole adressée au bébé. Ainsi, le parent, grand Autre barré, se laisse toucher, émouvoir à la vue de son bébé, ce qui déclenche cette prosodie. C'est ce qu'illustre le témoignage personnel de la journaliste Clara Georges, journaliste pour le Monde dans une chronique sur le parentais (Georges, 2023, avec votre bébé, parlez-vous le parentais ? Le Monde, 24 mars 2023).

« Le glissement s'est opéré malgré moi-et grâce à ma fille. Un jour, depuis cette table à langer, alors qu'elle devait avoir un mois ou deux, elle m'a regardée. Je veux dire, elle m'a vraiment regardée, d'un regard qui cherchait l'échange, et ce regard m'a transpercée. Je l'ai vue, vraiment vue, comme la toute petite fille qu'elle était -ma fille !- pour la première fois. Je me souviens en avoir pleuré. Après cela, c'est devenu beaucoup plus simple de lui parler comme à mon bébé, et non pas comme à un être théorique que je me devais de remplir de savoir et de mots. »

C'est bien le bouleversement émotionnel de la mère qui déclenche naturellement la prosodie de la parole adressée au bébé. Celle-ci se laisse toucher, transpercée par le regard que sa fille lui porte. Son système défensif tombe et elle se laisse gagner par l'émotion. Ce témoignage met également en lumière la dimension provocatrice du bébé, qui vient par son regard rechercher sa mère. C'est bien la petite fille qui provoque l'émotion maternelle, en lui adressant ce regard si transperçant. C'est elle qui fonde sa mère (Couvert, 2022).

Ainsi, nous avons vu que, du côté du bébé, la pulsion invocante renvoie à la fonction d'appel vers l'autre, à la capacité du bébé de s'adresser à l'autre et à prendre une place d'interlocuteur dans des conversations, à travers toute son expressivité corporelle. Dans une collaboration avec l'équipe de Pise, Laznik et al. (2005) ont poursuivi l'étude de la voix maternelle dans les films familiaux, et démontrent que les bébés autistes, s'ils peuvent être captés et même répondre à la prosodie du mamanaï, n'ont pas la capacité de provoquer une telle émotion. La pulsion invocante se dégage ici du canal acoustique et vocal, pour s'élargir à l'intentionnalité du bébé (Trevarthen, 2018), qui s'exprime de manière multimodale, à travers son éveil, son regard, sa voix, sa gestualité et ses mimiques. Nous nous situons dans le registre premier du langage, inscrit dans le corps du bébé, qui fait de celui-ci d'emblée un « parlêtre ». La voix maternelle viendra alors l'envelopper.

b. La prosodie de l'Infant Directed Speech (IDS)¹⁰

La parole adressée au bébé (traduction de l'IDS, ou *mamanais*) est une caractéristique prosodique particulière et universelle de la langue lorsqu'un adulte s'adresse à un bébé. Elle peut donc concerner la mère, le père, mais tout autre adulte disponible qui accordera son attention au bébé qui le sollicite.

Cette musicalité particulière de la parole adressée au bébé, que l'on retrouve dans toutes les langues à travers le monde, suscite beaucoup d'intérêt et donne lieu à de nombreuses recherches internationales (Spinelli et al., 2023). Cette prosodie ne se limite pas uniquement à des caractéristiques vocales et acoustiques. Celle-ci circule de manière multimodale, dans la voix, mais aussi dans les mimiques et les gestes. « Lorsqu'un adulte s'adresse au bébé en exagérant la prosodie de la parole, il reproduit dans ses expressions faciales des mimiques analogues à celles de la voix » (Gratier, 2018). Elle présente plusieurs particularités rythmiques et tonales (hauteur de voix, large éventail de fréquences, pause et durée des énoncés) qui favorisent l'échange avec le bébé. Ces caractéristiques particulières ont une fonction dans la transmission du langage (tours de paroles, séquençage syllabique, phrases, narrativité). Le rythme et la musicalité contiennent des indices syntaxiques, qui permettent au bébé une segmentation du langage, qui prépare à l'acquisition ultérieure de la langue (Trevarthen et Aitken, 2003).

Le bébé manifeste une préférence innée pour la prosodie de la parole adressée au bébé. Celui-ci est préférentiellement attiré par une parole en *mamanais* que par une parole prononcée d'un ton d'échange entre adultes. Les nourrissons préfèrent également une intonation d'approbation plutôt que de désapprobation. Pour Trevarthen, le ton affectueux de l'IDS est la qualité centrale qui attire le nourrisson.

Les travaux de Parlato-Oliveira (2021) ont montré que cette façon spécifique de s'adresser au bébé commence dès la vie prénatale (parole adressée au fœtus). La prosodie

¹⁰ Il existe un débat sur la terminologie la plus adéquate pour désigner cette forme de prosodie particulière adoptée par un locuteur engagé dans un échange avec un bébé. Ainsi, ont été utilisés les termes de *mamanais*, ou de *parentais*, mais le locuteur n'est pas forcément la mère, ni même le parent. Le terme d'*infant directed speech* (que l'on traduit par parole adressée à l'enfant) est utilisé dans la littérature actuelle, sans spécifier le bébé mais l'enfant (Parlato-Oliveira, 2022).

de la parole adressée au bébé peut être modulée selon l'émotion du locuteur. L'émotion parentale peut être provoquée ou affectée par l'intentionnalité du bébé. Le comportement du bébé prématuré a des effets sur la qualité acoustique de la voix maternelle. Cela a pu être mis en évidence dans le cas de bébés prématurés, hospitalisés en unité de soins intensifs (Filippa et al, 2018). Ainsi, la pulsion invocante circule entre le bébé et la mère.

c. *Contenance rythmique*

Le rythme est au cœur de l'expérience intersubjective. Dès les premiers temps de vie in utero le bébé est façonné par les expériences rythmiques, qu'il va peu à peu percevoir par sa sensorialité naissante : à commencer par son propre battement cardiaque, celui de sa mère ; le rythme de ses propres mouvements, et le bercement provoqué par ceux de sa mère ; le rythme des voix, perçu par les vibrations à travers le liquide amniotique. Ces rythmes renseignent déjà le bébé sur sa mère, son style, son état affectif. Il fait l'expérience d'une synchronie avec elle par ce partage émotionnel vécu de l'intérieur, auquel il est très sensible.

La maman de Jules, bébé prématuré né à 29 SA + 3 jours, témoigne de cela lors d'un temps en peau-à-peau : le médecin entre en annonçant qu'il a une mauvaise nouvelle, avant de ressortir, interrompu par un appel. Un instant plus tard, l'infirmière s'inquiète en repérant une tachycardie très forte du bébé. La maman lui confirme qu'elle-même est inquiète de cette « mauvaise nouvelle » annoncée et ressent une forte accélération cardiaque. Le médecin revient et annonce une nouvelle qui n'est pas aussi grave que redoutée. Les battements cardiaques de la mère et du bébé se calment.

Après la naissance, le rythme intervient à tous les niveaux dans les échanges, à travers toutes les modalités sensorielles, et participe du premier langage. La cohérence temporelle entre les actes, affects et rythmes biologiques définit la syntonie des échanges du bébé et de la mère. Le langage gestuel peut être comparé à une danse, le dialogue vocal à une musique, et l'ensemble à une chorégraphie. Les nourrissons sont dotés d'une « compétence improvisationnelle » (Gratier et Trevarthen, 2006, p.172), qui leur permet de s'engager dans des « narrations émotionnelles ».

Ces dimensions créatives imprègnent totalement les échanges, qui s'organisent de manière spontanée, comme une improvisation parent-bébé. Cette temporalité se fonde

sur un équilibre fait de répétitions et de variations, qui nécessite un ajustement souple entre des moments de parfaite synchronisation et des moments moins synchrones, qui introduisent de l'autre et permettent aux échanges de prendre de nouvelles directions. Ainsi, « les éléments rythmiques, prévisibles, stables répondent à un besoin d'enveloppe ou de contenance psychique, alors que les éléments créatifs émergents emportent et dynamisent les échanges » (Gratier et Trevarthen, 2006, p.172).

Cette phrase rassemble différents éléments théoriques sur lesquels nous nous sommes appuyés pour éclairer la question de la constitution subjective. La notion « d'enveloppe » se trouve ici présentée sous la forme de la répétition qui vient donner un contour connu et rassurant sur lequel on peut s'appuyer, se lover, dont on garde trace. Ces contours rassurants se trouvent intériorisés et viennent former un arrière-plan sécurisant. Haag (2018) formule que le bébé se constitue en premier lieu un portrait rythmique de sa mère, qui forme la représentation d'un giron. Dans cette contenance ressortent des points saillants, les « éléments créatifs ». Ils font écho à la pulsion, ou l'objet de la pulsion, autrement dit ce qui va provoquer un partage émotionnel de surprise, de plaisir et d'émerveillement. Le mouvement pulsionnel permet alors l'intériorisation progressive du nouveau qui devient peu à peu connu et stable.

Le bébé va déployer sa singularité à la lisière de ce qu'il perçoit de « même » et de « différent », à une place qui fera de lui un être unique. La créativité de son trait signe son interprétation personnelle sur le monde qui l'entoure.

d. Les contours des signifiants

Les travaux sur les compétences visuelles des bébés ont mis en évidence que le bébé est très tôt attiré par les contrastes (Devouche et Provasi, 2019, Gratier, 2022). Le bébé s'intéresse aux contours, aux délimitations. Par ses capacités de perception intermodales, il va appréhender la réalité du monde qui l'entoure (Streri, 2016). Il cherche à constituer des unités de sens, visuelles, mais également sonores. Aussi le rythme de la prosodie de la parole adressée au bébé favorise une perception segmentée du flux verbal (Dehaene-Lambertz et Dubois, 2014). Le bébé cherche très tôt à interpréter le monde qui l'entoure en créant du sens et est désireux de communiquer son interprétation. La création de ces unités de sens appartient au registre signifiant. Ces unités formeront les premières représentations, symbolisations, catégorisations, ou concepts qui seront

épinglées, labellisées (Dehaene-Lambertz, 2020). Le trait du bébé évoque ce qui, d'être délimité, contourné, détourné, sera ainsi saisi par le bébé dans une recherche de sens, une tentative de symbolisation.

Ainsi, les proto-conversations s'organisent autour de la musicalité et du rythme, véhiculent des émotions, et forment une narrativité partagée. Ce récit transporte un imaginaire construit et partagé dans la rencontre avec l'autre, avec une dimension artistique et créative. « L'imagination du bébé est déjà portée par l'organisation narrative de la voix et des gestes. » (Gratier, 2009).

L'intersubjectivité rejoint pour le bébé la question de l'appartenance à son milieu humain dans une dimension sociale et culturelle plus large (Gratier, 2018). Cette « identité sociale » se constitue notamment au travers des jeux et des chants favoris. Ces routines relationnelles dans les premiers échanges ressemblent à des récits, dont les contours rythmiques comportent un déroulé comportant un début, une montée progressive vers un point d'acmé et une fin. Pour Gratier et Trevarthen (2006), ce récit a une significativité partagée pour les deux partenaires de l'échange qui constitue la porte d'entrée langagière : « Faire sens ensemble précède l'usage de la langue » (Gratier, 2018).

Ces temps de dialogues comportent des « moments » (Stern, 2004) qui représentent un aboutissement de l'engagement relationnel des deux protagonistes. Ces moments comportent une dimension de connivence, de partage émotionnel, de complicité. « L'émotion potentielle qui motive le bébé est ainsi intriquée dans la texture même de la dynamique interactive », puis « Le bébé anticipe les destins des expressions maternelles, il vit dans l'émotion de leurs aboutissements possibles. » (Gratier et Trevarthen, 2006). Cette formulation nous renvoie à la question du bouclage pulsionnel. Nous voyons ici la dimension libidinale de ces échanges et de la prise du sexuel, articulé à la jouissance de l'Autre, tel que le formule Couvert (2018). Ces moments renvoient à une forme d'apogée pulsionnelle qui permet l'inscription du plaisir relationnel. C'est l'expérience éprouvée du plaisir de l'autre qui permet son inscription sur le plan psychique. Ces moments s'inscrivent dans le fonctionnement cérébral du bébé et jalonnent son développement intersubjectif (Gratier et Trevarthen 2006). On voit la dimension neuro-développementale de l'intersubjectivité. Nous verrons comment

certaines enfants seront plus vulnérables à une désorganisation émotionnelle et corporelle, fragilisant les premiers moments d'intersubjectivité.

3. Spécularité et contenance

Dans la théorie lacanienne, la contenance se formule du côté de l'image, dans le regard de l'autre, dans laquelle le sujet morcelé trouve à s'unifier par l'identification et la séparation. La spécularité implique l'intrication des trois registres que sont le réel, l'imaginaire et le symbolique. Le registre symbolique est porté par le grand Autre, en tant que lieu des signifiants.

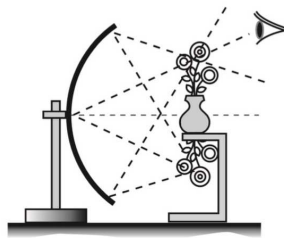
La pulsion scopique, qui se réfère au regard, implique une dimension spéculaire, le miroir. Là se joue l'intrication du champ pulsionnel avec le champ narcissique. Car le bébé qui regarde l'autre / sa mère rencontre sa propre image renvoyée dans le regard de celle-ci. Comme dans l'exemple de Clara Georges, le bébé provoque l'émotion de sa mère par le regard qu'il lui adresse, ce qui déclenche la déferlante prosodique marquée par sa surprise et son plaisir. Nous nous situons là dans le circuit pulsionnel, caractérisé par son bouclage entrecroisé des différents champs pulsionnels, et l'inscription du plaisir de l'autre. Le bébé fait aussi l'expérience de rencontrer son propre reflet dans le regard de sa mère. Il se voit comme le merveilleux bébé, capable de provoquer, de surprendre, de susciter non seulement le plaisir, mais aussi d'émerveiller sa mère. A la faveur de ce glissement entre l'émotion et le sentiment s'opère l'intrication des registres pulsionnel et narcissique. « A cet instant-là, le bébé humain se saisit de la dimension de l'imaginaire et ce nouage aura des effets sur sa structuration. » (Couvert, 2018).

a. *Le schéma de Bouasse : le spéculaire relève-t-il d'une illusion ?*

La dimension de l'imaginaire est apportée par Lacan sous la forme du schéma optique, dans le séminaire du 25 février 54¹¹ (Ecrits techniques de Freud), qui apparaît comme un petit succédané du stade du miroir, venant présenter l'articulation du réel et de l'imaginaire dans le regard de l'autre, en qualité de prochain secourable. L'étymologie

¹¹ Cette séance fait suite au séminaire dans lequel Mme Gélinier présente le texte de M. Klein sur la formation du symbole dans le développement du moi. Nous nous référons à ce texte dans notre troisième partie sur le cas clinique de Seydou.

latine du terme « spéculaire » (speculari = observer, contempler ; specio = voir, regarder) a donné lieu à des concepts à la lisière entre ce qui peut être vu, observé, et ce qui peut être saisi par la pensée, deviné. Ce que l'on peut attendre, ce sur quoi on compte. Comment cela se traduit-il dans les fondements psychiques du bébé ? Lacan l'illustre avec le schéma optique de Bouasse, tiré de l'expérience de physique optique du « bouquet renversé ».



Dans cette expérience, un miroir concave permet de voir apparaître le reflet d'un bouquet de fleurs, caché sous un support, dans l'encolure d'un vase posé sur ce même support. Cette image se produit à la condition de positionner l'œil dans un certain axe. Le vase représente le réel du corps du bébé (bébé réel), et les fleurs figurent les attentes et le désir inconscient du narcissisme parental (bébé imaginaire). Il y a donc une image constituée d'une part réelle et d'une part imaginaire. Celles-ci se confondent, et Lacan propose d'inverser le dispositif. Cette partie imaginaire est supposée, attendue, devinée. L'image dans son ensemble constituera le Moi-Idéal.

A partir de la lecture de Klein, Lacan repart sur l'importance du processus de symbolisation, par équivalences entre objets réels et imaginaires, qui résulte des processus d'expulsion et de ré-introjection.

« Certains bébés ne se font pas admirer comme les plus beaux bébés du monde » (Couvert, 2018). Nous repensons à un petit garçon, ancien bébé prématuré de 29 SA, que nous avons revu alors qu'il avait 4 ans. Il avait bénéficié de deux ateliers massages bébé-parent au sein du CAMSP. C'était un bébé qui allait bien du point de vue médical, mais ses parents avaient été très marqués par la prématurité et restaient anxieux, ce qui avait justifié une orientation vers le CAMSP. A l'époque, une pédopsychiatre avait proposé un suivi pour la maman. Puis le suivi s'était rapidement arrêté car la famille allait mieux. Les parents recontactent le médecin du CAMSP quelques années plus tard. Raphaël est en moyenne section de maternelle, et l'enseignante alerte les parents : Raphaël a tendance à se disperser, à ne pas achever ce qu'il entreprend et a du mal à profiter réellement des

apprentissages. Le médecin perçoit une anxiété encore présente pour Jules comme pour ses parents et elle oriente vers une consultation psychologique. Nous recevons alors Raphaël et ses parents à deux reprises. Nous reprenons l'histoire de sa naissance, dont ils n'avaient pas encore pu lui parler. L'émotion des parents est encore très vive, notamment celle de son papa, qui avait déclenché une importante crise virale juste après la naissance de Raphaël, qui avait nécessité qu'il se tienne à l'écart de son bébé pendant 10 jours. Nous sentons que ce papa n'avait jamais eu l'occasion d'évoquer le traumatisme qu'avait représenté pour lui l'arrivée prématurée de son fils. Raphaël est un petit garçon vif, à l'écoute, en relation, mais ayant tendance à se décourager très vite dès qu'il rencontre une difficulté dans la réalisation d'une activité. Il se dévalorise et se détourne du jeu qu'il avait choisi. Nous constatons qu'il parvient à s'apaiser si l'on se place près de lui et qu'on accorde de l'attention à ce qu'il entreprend, sans réelle nécessité d'intervenir pour l'aider. Nous comprenons que l'anxiété éprouvée fragilise sa possibilité de persévérer et d'accomplir ses projets. Lors d'un troisième entretien, les parents semblent plus apaisés après les deux premiers rendez-vous. Les parents nous parlent de ce qu'ils observent des spécificités de leur petit garçon. Le papa explique qu'il parvient mieux à comprendre son fils. A un moment, son papa prononce : « En fait, Raphaël nous surprend beaucoup, car il est très différent de nous deux... et il nous émerveille ! ». Nous sommes très émue d'entendre ainsi le papa parler de son fils. Nous nous tournons vers Raphaël : « Oh, Raphaël, tu as entendu ce que vient de dire papa là ? ». Raphaël acquiesce : « Oui ! Bah là, on peut s'arrêter là ! ». Il semble que Raphaël a lu tout Lacan !

b. Le stade du miroir

Dans le stade du miroir, Lacan modifie le schéma optique en introduisant le grand Autre sous forme d'un miroir plan, qui vient renvoyer au sujet l'image spéculaire unifiée et auréolée, à laquelle le bébé-sujet va venir s'identifier (Idéal du Moi). Ce temps introduit le registre Symbolique dans la figure du grand Autre, trésor des signifiants.

Ce stade implique à la fois une dimension de différenciation, et d'identification. L'enfant se voit comme un tout, un « sujet » unifié, différencié, pouvant s'identifier à l'autre.

Cette expérience du miroir est fondatrice et a des implications psychologiques profondes. Lacan nous enseigne que le stade du miroir est une étape essentielle dans la

formation subjective de l'enfant et dans la construction de sa perception de soi. Le miroir lui permet de se constituer en tant qu'individu distinct et lui donne une première impression d'unité et de cohérence.

Cependant, Lacan souligne également que cette perception unifiée de soi, image spéculaire, au stade du miroir est en réalité une illusion. L'enfant projette une image idéalisée de lui-même dans le miroir et se perçoit comme étant plus complet et plus cohérent qu'il ne l'est réellement. Cette illusion de l'unité sera maintenue par la formation de l'Idéal du Moi et le moi idéalisé. Le stade du miroir dans la pensée de Lacan met en évidence à la fois le processus de constitution subjective et les illusions qui sous-tendent notre perception de nous-mêmes en tant que sujets unifiés.

Selon Lacan, ce stade du miroir survient généralement entre l'âge de six mois et de dix-huit mois. Ce stade implique à la fois une dimension de différenciation, et d'identification. Cela se produit lorsque le bébé se reconnaît pour la première fois dans le miroir et commence à percevoir son propre corps comme une entité distincte du reste de l'environnement. L'enfant se voit comme un tout, un « sujet » unifié.

Ainsi, le stade du miroir apparaît comme un carrefour structural où le narcissisme se greffe au pulsionnel. Le bébé se constitue en tant que sujet unifié à partir de l'image que lui renvoient ses parents de lui-même. Cette image est constituée en partie de ce bébé dans la réalité et en partie de leurs attentes et désirs parentaux pour cet enfant. Le bébé va s'identifier à cette image-là, mais cela implique une part d'illusion, de décalage. Le stade du miroir ouvre le registre de l'imaginaire car il met en route le processus de symbolisation.

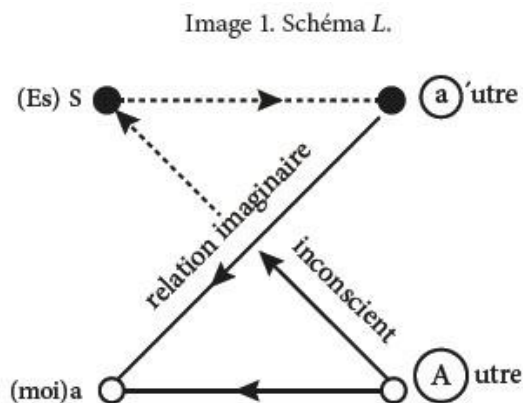
c. Petit autre et grand Autre

Le petit autre correspond à l'objet a, dont nous avons parlé précédemment. Il représente le reste de l'objet perdu lors de la séparation fondamentale entre le bébé et la mère. Il représente le manque fondamental chez le sujet. Nous avons vu que l'objet petit a est variable. Le petit autre correspond à n'importe quelle personne autre, semblable, à qui le sujet s'adresse, et avec laquelle il va entrer en lien, dans un rapport imaginaire. Il peut être le prochain secourable, le *Nebenmensch*, dont le bébé décroche la jouissance,

lorsqu'il s'en fera lui-même l'objet au troisième temps du circuit pulsionnel. Le petit autre sera l'ambassadeur du grand Autre.

Le grand Autre renvoie à une notion d'altérité radicale et correspond à une fonction symbolique, au-delà du petit autre semblable. C'est le lieu supposé de la vérité, des règles d'ordonnement du monde. L'exemple peut être donné de la fonction occupée par quelqu'un, qui ne s'arrête pas à sa personne propre. Ainsi, de manière très schématique, le président de la République correspond à une fonction dans le gouvernement politique français, qui est actuellement incarnée par Emmanuel Macron. Cette fonction dépasse sa personne même.

Ainsi, cela est illustré dans le schéma L, présenté dans le séminaire livre II, *Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse* lors de la séance du 25 mai 1955.



L'axe a-a' correspond à la relation imaginaire entre le moi et un autre semblable. L'axe Sujet-Autre correspond à la relation inconsciente du sujet avec le grand Autre. Le grand Autre ne se limite pas à une personne, mais le petit autre vient se poser en tant que représentant de sa fonction. Dans le dispositif analytique, le psychanalyste est un petit autre, en tant que personne, mais il vient incarner cette fonction du grand Autre, et sera le lieu des projections et identifications inconscientes du Sujet. Dans le cas du bébé, la mère ou le père peut être en place de petit autre secourable et incarner une fonction parentale maternelle ou paternelle. La subjectivation correspond à l'instauration de l'instance du moi et du sujet de l'inconscient.

Ce schéma nous permet de figurer la place du sujet dans la relation analytique, d'où il s'exprime pour qu'advienne une « parole pleine », et son articulation avec le grand Autre, d'où il reçoit les signifiants. « Toute parole attend réponse » (Lacan, 1966, p.247). C'est bien le cœur de la relation analytique, tel qu'on le trouve formulé par Lacan dans les « Écrits » sous le titre de « fonction et champ de la parole en psychanalyse » (Lacan, 1966). Il nous faut écouter et répondre à la parole des bébés.

d. Youmna et la parole « pleine »¹²

Voici comment au CAMSP, la petite Youmna nous a enseigné sur ce point. Youmna a 4 mois d'âge corrigé lorsque nous la rencontrons (8 mois d'âge réel). Elle est née très prématurée (25 SA+2j). Elle vient tout d'abord avec sa maman pour un atelier massage bébé-parent, comme il est régulièrement proposé aux bébés vulnérables au CAMSP.

Mais Youmna pleure beaucoup, paraît en état d'alerte permanent, et elle ne peut profiter du massage. La maman est inquiète. Elle dit ne pas pouvoir laisser la période d'hospitalisation derrière elle. Elle évoque les difficultés de sommeil de son bébé. Un suivi psychologique bébé-parent est alors proposé.

Lors du premier entretien la maman revient sur le déroulement de la grossesse, puis de la période néonatale, qui ont été traversés de manière très mouvementée, avec une alternance incessante de périodes de stabilité interrompues par des épisodes critiques, menaçant la poursuite de la grossesse et la survie de Youmna. Chaque mois, les parents ont cru perdre leur bébé, puis ont vécu la surprise de constater que leur petite fille continuait de vivre. La maman raconte que, lorsque la poche des eaux s'est rompue prématurément, Youmna est venue se placer tout contre le col de l'utérus, bloquant l'écoulement du liquide amniotique. En écoutant ce récit, nous restons attentive à Youmna et nous imaginons tout ce qu'elle a dû déployer pour en arriver là. Nous reprenons avec elle tout ce qu'elle a dû faire pour rester en vie, puis affirmons dans une volonté rassurante que cette période est maintenant derrière elle, qu'elle est bel et bien sortie de l'hôpital.

¹² Cette vignette clinique a été traduite en portugais brésilien et parue dans l'article : Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Martins A., Philippon, I., Parlato-Oliveira, E. (2020) Surdo eu ? In Jerusalinsky, A., Bentata, H. Dos primórdios à adolescência. Instituto Langage.

A la consultation suivante, Youmna reste en état d'hyper vigilance constant, supportant mal d'être installée et contenue. Elle s'agrippe au coussin d'allaitement et à sa tétine, et ne peut profiter de la relation. La maman parle du regard de sa fille, qu'elle sent constamment être « sur le qui-vive ». Cette expression nous frappe. Nous nous tournons alors vers elle et, reprenant les mots de sa maman, nous formulons « Mais maintenant tu n'as plus besoin d'être sur le qui-vive... ça y est, tu vis ! ». Youmna tourne la tête alors vers nous, nous regarde en nous adressant un magnifique sourire !

La compétence et la sensibilité des bébés au discours qui les concerne sont fréquemment observées en clinique. Si le discours rassurant adressé à Youmna lors de la première séance ne semble pas avoir eu d'effet particulier, un écho se manifeste lorsque nous nous saisissons du signifiant évoqué par la mère. Le « qui vive » évoque la « vigie », autrement dit son état d'hypervigilance, mais aussi de manière sous-jacente « la vie », ce qui renvoie aux angoisses mortifères qui ont pesé sur les premiers temps de son existence.

e. Vers un autre regard sur le stade du miroir

La proposition de Parlato-Oliveira (séminaire ALI, 5 avril 2023) élargit la notion de regard au-delà du domaine visuel, apporte une remise en cause de ce repère développemental en suggérant un stade du miroir pouvant se jouer en amont, à partir d'expériences sensorielles et pulsionnelles antérieures. Elle est rejointe par Couvert qui suggère un premier stade du miroir in utero par le biais de la pulsion motrice. Celle-ci s'appuie sur une recherche récente de Parlato-Oliveira (HDR, 2017) démontrant que la motricité initiale du bébé rencontre un écho sonore du côté de la mère. La propagation des ondes vient imprimer un mouvement à l'utérus, et au fœtus. Ainsi le fœtus « reçoit une confirmation de sa présence en même temps qu'il prend acte de la présence de l'autre » (Couvert, 2020, p.45). Ainsi, elle introduit l'idée d'un stade du miroir in utero. Cela est cohérent avec l'idée d'une disposition innée du bébé à la relation intersubjective selon Trevarthen, le processus de subjectivation se jouant dès la vie prénatale. Le stade du miroir est alors un concept à étendre, en s'appuyant sur une vision métaphorique de l'image, se constituant par une reconnaissance de l'existence du sujet au sein de l'Autre.

Cette proposition s'étaye sur la conception lacanienne de la supposition du sujet, qui part d'une situation intersubjective donnée d'emblée « il faut que nous admettions l'intersubjectivité jusqu'à l'origine » (Lacan, les écrits techniques, séminaire du 2 juin 54,

p.225). Ainsi la supposition du sujet est bidirectionnelle, elle englobe « celle de la mère à l'endroit du bébé, et celle du bébé à l'endroit de la mère, de sorte que c'est à chacun d'eux, la mère et l'enfant, qu'il faut supposer un grand Autre » (Couvert, 2022, p.78).

Conclusion

Ces deux premières parties nous ont permis de déployer un corpus théorique éclairant les processus archaïques en jeu dans la constitution psychique du bébé. Nous avons organisé cette revue de littérature suivant deux axes, afin de présenter, d'une manière artificiellement distincte, ce qui peut s'observer du côté du bébé et du côté de son autre maternel. Cela afin d'articuler les approches théoriques à partir du concept de pulsion, de contenance psychique, et d'intersubjectivité. Ainsi, nous développons notre propos autour de la subjectivation, se référant à l'émergence du sujet, mais également autour de la structuration psychique de l'instance du moi.

Nous avons construit notre réflexion en partant de la pulsion, afin d'éclairer le rôle du bébé, en tant que sujet, agent de sa constitution psychique dans une relation intersubjective. Le concept de pulsion apparaît comme un élément central et primordial, éclairant l'intrication du somatique et du psychique. La pulsion est à l'origine des processus de subjectivation. Elle met en route le désir du sujet, et tient le rôle de moteur de développement. Nous voyons également comment la pulsion est liée avec la constitution de la contenance psychique. L'élan pulsionnel du bébé impulse le mouvement par lequel le bébé s'adresse à l'autre et organise cette contenance. L'impulsion (qui peut prendre la forme d'une impulsion motrice, comme c'est le cas pour les mouvements du fœtus in utero) définit une position subjective, par laquelle le sujet affirme sa position subjective dans son rapport intersubjectif à l'autre (Trevarthen et Aitken, 2003). Les frontières de son éprouvé corporel délimitent son enveloppe psychique. La contenance se constitue de l'écho provoqué chez l'autre, notamment de ce qui se manifeste de l'émerveillement de cette rencontre primordiale. Le bébé cherche à faire reconnaître sa place singulière, unique, aux yeux de l'autre.

Nous reprenons les fondements théoriques des pulsions (Freud, 1915, Lacan, 1964). Le concept de pulsion permet une articulation du corps et de la psyché. La pulsion serait le représentant psychique des excitations corporelles, « une mesure de l'exigence

de travail à laquelle est soumis le corporel. »(Freud, 1915/2012, p.66). La conception lacanienne permet d'articuler la pulsion avec l'avènement d'un sujet désirant, inscrit au champ de l'Autre, et introduit le rapport du sujet au signifiant. La pulsion circule entre le sujet et l'autre, suivant les trois temps du circuit pulsionnel décrit par Freud. Le bouclage du circuit pulsionnel assure la mise en route du processus de subjectivation chez le bébé. Laznik (1993) a mis en évidence que le manque d'initiative du bébé pour opérer ce renversement pulsionnel, pour « se faire » l'objet du plaisir de l'autre, induit un risque d'autisme. Ce signe peut se repérer dès 4 mois grâce à la grille Olliac-Préaut (2017). Une psychothérapie psychanalytique bébé-parents filmée, suivant le dispositif RIEPPI, peut être proposée pour relancer les échanges pulsionnels entre le bébé et l'autre. Couvert (2018) déplie une clinique pulsionnelle du bébé dans les différents registres pulsionnels, et qui permet d'envisager les opérateurs de la cure analytique du bébé. Pour elle, le bébé est un tout petit sujet analysant (Couvert, 2022) qui s'adresse à l'Autre, notamment par son trait, qui peut-être un symptôme.

L'enveloppe psychique se réfère à la constitution de l'instance du moi, comme on le retrouve à travers les concepts de Moi-peau (Anzieu, 1985) et de Moi corporel (Haag, 2018). L'enveloppe psychique est liée à la délimitation d'un espace psychique propre, et renvoie également à la subjectivation et à l'intersubjectivité (Golse, 2020). Mellier (2023) nous rappelle que les enveloppes psychiques se déploient nécessairement dans l'intersubjectivité et dans l'intrapsychique. Les enveloppes psychiques se constituent dans le creuset de la pulsion. La contenance est abordée dans la conception lacanienne sous la forme d'une unification du morcellement pulsionnel dans le regard de l'Autre, qui fonde l'instance narcissique. Les enveloppes psychiques renvoient également aux processus de symbolisation par lesquels le sujet s'inscrit dans une contenance signifiante.

Nous allons maintenant revenir vers notre terrain de questionnement initial en nous intéressant à la vulnérabilité psychique du bébé. L'apparition du concept de neuro-développement et la classification de ses troubles dans le DSM-V nous permet de nous pencher sur les enjeux de cette structuration psychique au premier temps de vie du bébé.

III. LE BÉBÉ VULNÉRABLE

A. Le modèle du neuro-développement

1. Définition

Le neuro-développement correspond à la maturation progressive de l'architecture du système nerveux, depuis la conception jusqu'à l'âge adulte, permettant la mise en place des fonctions cérébrales et psychiques nécessaires au développement et au fonctionnement de l'individu tout au long de sa vie. Le neuro-développement est influencé par de nombreux facteurs, tels que les gènes, l'environnement, les expériences sensorielles et les interactions sociales. Les connexions neuronales se réorganisent en réponse aux expériences de l'individu en interaction avec son environnement, ce qui façonne ses capacités et ses compétences.

2. Trajectoire neuro-développementale

Ainsi, le neuro-développement n'est pas un processus linéaire et séquentiel. Chacune des fonctions co-évolue de manière dynamique et interdépendante sous l'effet des multiples facteurs endogènes et exogènes en jeu. Il s'agit d'un système complexe qui dessine une trajectoire neuro-développementale (Douglas, 2019 ; Des Portes, 2020). Par ce processus l'individu développe sa sensibilité perceptive, ses compétences motrices, des compétences cognitives, sociales et langagières : percevoir, se déplacer, penser et agir sur son environnement, apprendre, créer des liens, communiquer... Ainsi il pourra se connecter avec son milieu, notamment humain, et façonner sa place au sein de la société.

3. Le premier semestre de vie : période sensible

Si les réorganisations cérébrales ont lieu tout au long de la vie, il est considéré que la plasticité cérébrale serait maximale pendant les 4 premières années de vie (Barthélémy, 2020) et serait plus grande encore à mesure que l'on se rapproche de la période qui suit le terme du bébé. L'état des recherches actuel indique que le premier semestre de vie correspond à une période d'installation des troubles du neuro-développement. Il a été montré un déclin des patterns d'organisation du regard vers le visage, entre 2 et 6 mois de vie, chez des bébés à devenir autistique (Jones et Klin, 2013).

Selon Douglas (2019) les 100 premiers jours post-terme du bébé correspondent à une fenêtre de vulnérabilité développementale, avec d'importants réaménagements de l'architecture cérébrale. L'activité cérébrale du nouveau-né connaît une accélération pendant le dernier trimestre in utéro, permettant d'importants réaménagements cérébraux. C'est pendant cette période qu'a lieu la disparition progressive de la sous-plaque corticale. La sous-plaque corticale est une structure cérébrale intermédiaire transitoire qui traite les informations sensori-motrices pendant les trois premiers mois de vie du nouveau-né. Elle disparaît progressivement, laissant place à des circuits de traitement des informations permanentes dans le cortex (Hadders-Algra, 2018). Ainsi, la sous-plaque « sculpte les modèles corticaux permanents » (Douglas, 2019, p. 4) La sous-plaque corticale est particulièrement vulnérable aux lésions, qui peuvent être impliquées dans des troubles du neuro-développement. « À l'âge de 6 mois, les effets des lésions structurelles ou fonctionnelles très précoces dans l'espace neuronal global sont déjà bien ancrés, et les cascades développementales de perturbations multidirectionnelles dans les interactions motrices, sensorielles et sociales sont en cours » (Douglas, 2019, p. 4).

Ainsi, le premier semestre de vie, qui correspond à la période de l'intersubjectivité primaire, concentre l'attention de nombreuses recherches afin de comprendre les facteurs de vulnérabilité et de repérer les leviers d'interventions préventives et thérapeutiques dans la clinique infantile durant cette fenêtre d'opportunités. Ce sont les préconisations de l'Académie Nationale de Médecine (juillet 2022) et du rapport de la commission des 1000 premiers jours¹³, notamment en « priorisant les études sur la fenêtre développementale de plasticité cérébrale maximale des 1000 premiers jours ».

¹³ Les « 1000 premiers jours » est une politique de santé publique portée par le Ministère de la Solidarité et de la Santé et le Secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Familles. Un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'experts dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance a publié un rapport donnant lieu à un certain nombre de préconisations. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

B. Les troubles du neuro-développement

1. Définition

« Les troubles du neuro-développement (TND) correspondent à un défaut de développement d'une ou plusieurs compétences cognitives attendues lors du développement psychomoteur et socio-affectif de l'enfant, qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, familial et social. » (Des Portes, 2020, p.21)). Il s'agit d'un enjeu de santé publique infantile majeur, car la prévalence des TND est en constante augmentation. Actuellement, les TND touchent 5% de la population (HAS¹⁴). Par ailleurs, on estime que 45% des affections chroniques de l'enfant sont des TND. Les TND correspondent à différentes atteintes développementales regroupées en catégories comme suit : les troubles du développement intellectuel ; les TSA ; les troubles moteurs ; les déficits attentionnels et l'hyperactivité ; les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) ; les troubles spécifiques des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul) ; autres TND. Il s'agit en réalité d'une nosologie systémique car il est fréquent que les personnes présentent simultanément des atteintes dans plusieurs domaines. Ainsi, on considère que « 30 à 40 % des personnes autistes ont aussi un trouble du développement intellectuel, 40 à 60 % un trouble spécifique d'une fonction cognitive (praxies, langage oral, fonctions attentionnelles) et 10 à 15 % une épilepsie » (Des Portes, 2020).

Pour Douglas (2019) les TND sont un trouble du câblage neuronal (connectome) du cerveau, dans lequel une ou plusieurs boucles de rétroactions amplifient de petites variations dans le développement même. Les lésions initiales déclenchent un « effet papillon » de cascades imprévisibles de déséquilibres structurels et fonctionnels dans l'espace de travail neuronal global, qui interagissent de manière dynamique avec et ont un impact sur les expériences environnementales sociales et non sociales du nourrisson, amplifiant les boucles de rétroaction, et les comportements affectifs, la cognition et la communication sociale à long terme. Selon Douglas, l'hétérogénéité des TSA est le reflet de perturbations multiples, qui peuvent intervenir le long des multiples voies. Une dys-

¹⁴ <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

régulation d'une des voies neuronale ou physiologique peut créer des évènements en cascade formant un tableau symptomatologique complexe.

2. Facteurs de risques de TND

Les facteurs de risques de TND sont répertoriés sur le site de la Haute Autorité de Santé¹⁵. Sont distingués les facteurs de *haut risque* et les facteurs de *risque modéré*. Il existe des facteurs génétiques et des facteurs liés à l'environnement. On retrouve notamment la grande prématurité (< 32 semaines d'aménorrhée [SA]), ou la prématurité associée à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou petit poids pour l'âge gestationnel (PAG), l'encéphalopathie, l'accident vasculaire cérébral (AVC) périnatal, les anomalies de la croissance cérébrale, des antécédents familiaux de TND, les causes infectieuses (CMV, toxoplasmose, Zika, rubéole...), les méningo-encéphalites bactériennes et virales herpétiques, l'exposition prénatale foeto-toxique, les cardiopathies congénitales et chirurgie majeure ou répétée. C'est la prise en compte de ces facteurs et des signes d'alerte qui indiquent la nécessité d'orienter pour proposer des soins de développement.

Pour exemple, d'après le rapport d'activité pour l'année 2022, le CAMSP Hovia a accueilli en moyenne 9% de bébés âgés de moins d'1 an, 30% ont moins de 2 ans. Un tiers des enfants suivis sont nés à un terme inférieur à 28 semaines d'aménorrhée. 60% des enfants sont pris en charge avant l'âge d'1 an. Parmi la population prise en charge au CAMSP, 71% sont considérés comme des « bébés vulnérables, à risque ». Si l'on s'intéresse à la catégorisation selon le type de trouble du développement, on retient que 44% des enfants présentent une déficience psychique, 17% une déficience intellectuelle, 12% un TSLO, 3% une déficience sensorielle (auditive ou visuelle), 15% une déficience motrice, 16% ont un handicap rare.

Les bébés et jeunes enfants suivis en CAMSP ont tous un voire plusieurs facteurs de risque cumulés. L'extrême prématurité en représente une part importante, le CAMSP Hovia prenant en charge des bébés ayant un terme de naissance inférieur à 28 SA. Le cas clinique que nous développerons dans le dernier chapitre est concerné par plusieurs de ces facteurs.

¹⁵https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

3. Prévention des TND

Cette conception interactionniste se distingue de la question diagnostique pour considérer les mécanismes d'installation des troubles (Jones et Johnson, 2014). Le modèle d'intervention est donc radicalement différent, car il s'agit de proposer des soins de développement dès l'observation d'un signe d'alerte ou d'un écart de la trajectoire développementale, dans le but de rétablir celle-ci « sans attendre de diagnostic formel », selon les préconisations de l'Académie nationale de médecine ¹⁶(2022).

Cela concerne en premier lieu les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) dont la mission première est la prévention du handicap chez les enfants nés dans un contexte à risques (ANECAMSP). La campagne « Handicap-agir tôt¹⁷ » a été déployée afin de faire connaître au public les signes d'alerte de troubles du neuro-développement pour débiter les soins le plus précocement possible.

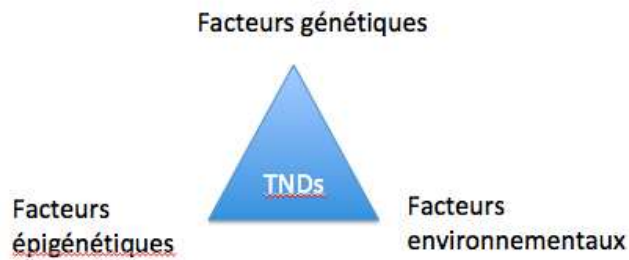
Les découvertes dans le domaine de l'épigénétique sont d'un apport très précieux dans le champ du neuro-développement, car elles permettent d'envisager la possibilité d'intervenir sur l'expression de certains gènes par les facteurs environnementaux (Eshraghi et al., 2018 ; Medjkane et Apter, 2014). Parmi ceux-ci, nous soulignons les facteurs psychiques et relationnels qui sont au cœur des processus thérapeutiques proposés, en particulier dans la psychothérapie. Cela est porteur d'espoir dans le champ de l'intervention précoce, pour prévenir l'installation des troubles du neuro-développement ou amender leur sévérité.

Gressens (2023) présente sous la forme du schéma suivant l'articulation des trois pôles en jeu dans la mise en place des TND, laissant la possibilité d'envisager une intervention grâce au pôle de l'épigénétique.¹⁸

¹⁶ <https://www.academie-medecine.fr/agir-tot-pour-prevenir-le-handicap-neurodeveloppemental-chez-le-jeune-enfant/>

¹⁷ <https://handicap-agir-tot.com/>

¹⁸ Le schéma ci-après est tiré de la présentation de Pierre Gressens, Neuropédiatre et Directeur de recherche Inserm, Directeur de l'unité « NeuroDiderot » Inserm-Université de Paris, Hôpital Robert Debré Paris, Directeur-adjoint du GIS "Autisme et troubles du Neurodéveloppement",



(Gressens, 2023)

C'est là tout l'enjeu de la clinique du travail réalisé dans les établissements de soins qui prennent en charge les bébés vulnérables dès les premiers mois de vie.

C. Les TSA : un trouble du mouvement intentionnel et de l'engagement affectif

Nous proposons un rappel sur la définition des TSA et un état de la prévalence, puis nous nous attacherons à cerner une définition psychologique des TSA, mettant en valeur la dimension d'installation du trouble sur un versant corporel et relationnel.

1. Définitions et prévalence

a. Définition

L'autisme est un « trouble du neuro-développement qui touche un enfant dès son plus jeune âge en affectant particulièrement le développement et le fonctionnement de la communication sociale » (Gillet, Guiet et Bonnet-Brihault, 2021). Les déficits de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, et

Directeur de l'IHU InovAND, lors de la formation « La caravane des TND » sur les TND organisée par l'ANECAMSP en juin 2023 (cf. bibliographie).

le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, en sont les deux dimensions diagnostiques selon le DSM-5¹⁹.

b. Prévalence

La prévalence est estimée à environ 1% de la population. « La plus récente revue de littérature avec méta-analyse, incluant 41 études dans 18 pays, a estimé la prévalence mondiale des TSA (chez les moins de 27 ans) à 7,2/1 000 en 2010, soit 1/132 personnes. La prévalence mondiale de l'autisme était estimée à 2,4/1 000, avec une prédominance chez les hommes (3,6/1 000) par rapport aux femmes (1,2/1 000) (ratio 3 :1)²⁰ ».

c. Un processus complexe, des situations cliniques hétérogènes

Les TSA regroupent des situations cliniques diverses, avec des situations de handicaps très hétérogènes. Les TSA résultent d'un processus pathogène multifactoriel et complexe, dans lequel l'accumulation des facteurs de risques et des conditions environnementales peut conduire à des altérations majeures du développement qui se potentialisent par un effet rétro-actif et en cascade, se manifestant sous une forme plus ou moins sévère. Les facteurs de risque comportent une part génétique et une part environnementale. On considère que les fratries d'enfants autistes représentent un groupe particulièrement à risque, le taux de récurrence étant de 18,7% (Ozonoff, et al. 2011). C'est le cas également des bébés prématurés qui ont dix fois plus de risque de développer un TSA que des bébés nés à terme (Ouss-Ryngaert, Alvarez, Boissel, et, 2012 ; Gressens, 2023). L'épilepsie infantile (Syndrome de West) est également un facteur de risque important, car environ 20% de ces enfants vont développer un autisme (Ouss, et al. 2014).

La définition des TSA tend à se diluer dans celle, plus vaste, des TND. Concernant les TSA, ces dernières années les recherches sur le neuro-développement se sont appliquées à décrire le processus pathogénique, c'est-à-dire la manière dont le trouble

¹⁹<https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

²⁰https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf

s'installe. Ainsi, l'identification des facteurs de risques et des signes d'alerte est un enjeu majeur.

d. Hypothèses sur le processus neuro-développemental

Plusieurs définitions viennent éclairer ce processus. Leurs faisceaux théoriques convergent autour des notions de rythmicité et de motricité, en tant qu'ils sont des organisateurs de l'engagement relationnel et affectif dans la dynamique intersubjective.

Trevarthen et Delafield-Butt (2013) considèrent que l'autisme est un trouble développemental du mouvement intentionnel et de l'engagement affectif. Selon eux, « les troubles du spectre autistique trouvent leur origine dans l'échec prénatal précoce du développement des systèmes qui programment la synchronisation, la coordination en série et le contrôle prospectif des mouvements, et qui régulent les évaluations affectives des expériences. Il y a des effets dès la petite enfance, avant le diagnostic médical, notamment dans le séquençage moteur, l'attention sélective ou exploratoire, l'expression affective et l'engagement intersubjectif avec les parents. Cela est suivi d'un retard du développement cognitif et de l'apprentissage du langage au cours de la deuxième ou troisième année, qui conduit à un diagnostic de TSA. »

Pour Tordjman et al. (2015), l'autisme est un modèle complexe résultant de « perturbations du rythme physiologique et comportemental ayant des effets sur le développement de troubles de la communication sociale et de comportements et intérêts répétitifs. »

Golse (2016) définit l'autisme comme « l'échec le plus grave des processus d'accès à l'intersubjectivité, soit à la différenciation qui permet à l'enfant de reconnaître l'existence de l'autre » (Golse, 2016). Muratori, Apicella et Maestro (2016) mettent en cause le système moteur du bébé comme entrave à l'intersubjectivité. Ils soulignent que « le corps et la motricité ont un rôle central dans la genèse des différents univers interpersonnels que l'enfant construit. » (Muratori, 2022). Ainsi, l'intentionnalité du bébé s'en trouve entravée : « L'intentionnalité envers l'autre est médiée par un équipement moteur qui n'est pas suffisamment organisé pour maintenir le contact intersubjectif » (Muratori, 2022, p.20). L'accès à l'intersubjectivité doit être porté par le réel du corps.

Le diagnostic de TSA intervient le plus souvent après l'âge de 18-24 mois, l'âge moyen de diagnostic étant situé en moyenne entre 3 et 5 ans (HAS, 2018, Rattaz, et al. 2022). Les recherches à partir des films familiaux ont permis de mettre en évidence des signes précurseurs moteurs et relationnels dès le premier semestre de vie. Une récente revue de littérature propose une synthèse détaillée des conclusions des principales études qui concernent le premier semestre de vie (Cleary, et al. 2023). Les critères diagnostiques principaux que sont les difficultés socio-communicationnelles et les comportements restreints et répétitifs, non encore visibles sous cette forme à cet âge, ne seraient que la résultante de ces perturbations précoces ; comme l'avaient mis en évidence les travaux sur le regard à partir de l'eye-tracking (Jones et Klin, 2013).

2. Signes précurseurs de TSA dans le premier semestre de vie

a. *Perturbations relationnelles et motrices*

Le corps est l'instrument du bébé pour entrer en relation avec son milieu, la fonction motrice une voie d'expression de son intentionnalité. Nous l'avons vu, le corps du bébé est tout à fait central dans la mise en place de l'intersubjectivité primaire. Il est également au cœur de l'expérience pulsionnelle du bébé qui entre en lien avec son environnement.

On sait aujourd'hui le rôle des anomalies motrices du bébé comme précurseurs des atypies du développement relationnel et social dans le champ de l'autisme (Muratori, et al. 2016 ; Delafield-Butt et Trevarthen, 2017). Elles vont notamment entraver la qualité de la « danse » relationnelle entre le bébé et son prochain secourable.

Les principales anomalies motrices observées chez les nourrissons à devenir autistique concernent à la fois la motricité globale et la motricité fine. Ainsi sont mentionnées des anomalies du tonus, avec un retard d'acquisition du contrôle posturo-moteur (Flanagan et al., 2012) suivant l'axe antéro-postérieur. La prédominance de postures asymétriques, avec une insuffisance des expériences motrices de jonctions et un manque de coordination des mouvements autour de la ligne médiane (Ferrari, et al. 2022) Mais également une pauvreté du répertoire moteur (Phagava, et al ; 2008) et des anomalies de la gestuelle des mains (rotation des poignets) donnant lieu à une gestuelle répétitive et monotone qui préfigure l'apparition des stéréotypies (Loh et al. 2007 ;

Purpura et al. 2017). Tout cela impacte fortement le dialogue tonico-postural du bébé avec son parent et a des effets sur la qualité de la relation.

Cleary et al. (2023) publient une revue de littérature récente sur les signes précurseurs de l'autisme dans le premier semestre de vie. Les signes les plus prégnants concernent les domaines de l'attention portée sur les stimuli sociaux, et les anomalies motrices. Les signes significatifs sur le plan de la communication sociale sont : les vocalisations adressées, le contact oculaire, le sourire social, les comportements liés à l'interaction, tels que s'orienter vers quelqu'un, solliciter l'attention de quelqu'un, comprendre les gestes ou le but d'un échange. Sur le plan moteur, les principaux signes retrouvés sont les perturbations du tonus, l'apparition de mouvements de rotation des poignets, les difficultés posturales, et les MG. Ces perturbations précoces se caractérisent surtout par des atypies développementales (Posar et Visconti, 2022).

Par ailleurs ces deux études remettent en cause la spécificité des perturbations précoces du développement moteur dans l'apparition des TSA et suggèrent qu'elles peuvent être un marqueur plus large concernant d'autres types de TND tels que les TDAH ou le retard de langage, ce qui justifie néanmoins un repérage précoce.

b. Les mouvements généraux

Les Mouvements Généraux ont été étudiés depuis les années 1980 par Heinz Prechtl, qui crée une évaluation des mouvements généraux *General Movement Assessment* (GMA) publiée en 1997, en lien avec les risques de crampes synchronisées et de paralysie cérébrale. Il met en évidence que la qualité de cette motricité générale reflète l'état fonctionnel du système nerveux du fœtus et du nouveau-né et que l'évaluation précise des MG permet de prédire une paralysie cérébrale avec une meilleure prédictibilité que l'IRM (Einspieler et Prechtl, 2005). Il a été suivi par Hadders-Algra qui proposera une autre catégorisation de la qualité des MG et met en lien cette évaluation avec le développement neuro-moteur ultérieur de l'enfant mais aussi potentiellement d'autres difficultés développementales (comme les troubles d'attention) (Hadders-Algra, 2003).

On distingue différentes périodes dans l'évolution de cette motricité :

- La période « préterme » : de 7 SA à 36-37 SA.
- La période des « Writhing » : de 37 SA à 2-3 mois de vie.
- La période des mouvements « Fidgetys » : de 3 à 5 mois de vie. Ils consistent en un flot continu de petits mouvements « élégants » qui interviennent à tous les niveaux du corps, à la manière d'une « danse » (Hadders-Algra, 2003).

Les trois critères d'évaluation en sont la fluidité (début et fin graduels des séquences de mouvements), la variabilité (les mouvements sont sans cesse renouvelés et donc imprévisibles) et leur complexité (déploiement dans les trois plans de l'espace). L'évaluation de ces mouvements fidgetys a la valeur prédictive la plus fiable quant au devenir neuro-développemental du bébé (Vasseur, 2021).

c. Altération des MG et TSA

Un faisceau de recherches convergent actuellement plus spécifiquement vers l'étude de la motricité générale du bébé pour comprendre à la fois son implication éventuelle dans le mécanisme pathogénique des TND (et plus particulièrement des TSA) et son intérêt dans l'identification précoce de ces troubles. Cela afin d'envisager une intervention précoce.

Au sein de l'équipe de Pise, en 2008, l'étude de Phagava et de ses collaborateurs s'était attachée à étudier les mouvements généraux à partir des films familiaux de bébés diagnostiqués plus tard autistes, en comparant avec des films de bébés au devenir typique. Ils retrouvent une motricité générale dégradée chez 70% des nourrissons en voie d'autisme, contre seulement 13% dans le groupe contrôle. Par ailleurs, ils observent des mouvements fidgetys chez 89% des bébés de ce groupe contrôle, contre seulement 21% chez les bébés en voie d'autisme.

L'étude de Zappella et al. (2015) étudie les signes moteurs et comportements socio-communicatifs dans les films familiaux de bébés futurs autistes. Ils retrouvent une altération des MG chez une majorité de ces bébés et concluent à une plus grande fiabilité de ce marqueur. En 2016, après une revue de littérature, Einspieler et ses collaborateurs publient des résultats similaires.

Récemment, une équipe japonaise (Doi et al, 2022) confirme ces hypothèses en comparant les résultats de l'évaluation des MG à 4 mois avec la passation du questionnaire M-CHAT à 18 mois. Une cohorte de 62 bébés de 4 mois participe à cette étude. L'évaluation des MG s'est faite via un logiciel d'intelligence artificielle. Les résultats entre les MG à 4 mois et la M-Chat à 18 mois sont congruents. En 2023, la même équipe retrouve un lien significatif entre le risque autistique estimé à l'aide du M-Chat à 18 mois et l'observation des patterns spatio-temporels et des anomalies de la motricité du nouveau-né, en amont de l'apparition des mouvements fidgets. Sont soulignés une réduction marquée des mouvements du bas du corps comparativement au haut du corps, et des anomalies des schémas de mouvements gravitaires autour de l'axe médian chez des nourrissons observés dans les deux jours suivant la naissance. Les auteurs soulignent encore des limites à leur étude, qui retrouve un taux anormalement élevé d'enfants identifiés comme à risque de TSA comparativement à celle de la population générale, suggérant un taux élevé de faux positifs.

3. Effets des perturbations de la motricité du bébé sur la relation

Ces études scientifiques viennent confirmer les théorisations psychanalytiques avancées d'après les observations fines des bébés et des patients issues de la pratique clinique (Haag, 2018). Elles donnent crédit aux thèses soutenues d'après la recherche en psychologie développementale, dans le champ de l'intersubjectivité (Trevarthen, Delafield-Butt, 2013 ; Gratier et Trevarthen, 2006). A l'entrecroisement de plusieurs disciplines de recherche sur le bébé, nous voyons se dessiner les mécanismes neuro-développementaux qui président à l'émergence subjective. Quel rôle jouent ces mouvements généraux sur la mise en place de la relation intersubjective ? Leur altération peut-elle avoir des effets sur la qualité des premiers échanges ?

a. Les études de films familiaux

Pour Muratori, la réduction de l'engagement moteur dans la relation a des effets sur la qualité de la relation. « C'est comme si la pulsion socio-émotionnelle du bébé n'était pas soutenue par la motricité. » (Muratori et al, 2022, p.97).

Cela ne se caractérise pas nécessairement par une absence totale de relation. Plusieurs études ne retrouvent d'ailleurs pas de différence significative entre groupe à

devenir autistique et groupe contrôle dans l'apparition du sourire social ou des sourires en réponse (Apicella et al. 2013 ; Zappela et al. 2015). C'est plutôt une difficulté du bébé à solliciter l'attention de son autre secourable pour soutenir les échanges interpersonnels de manière prolongée, avec un aboutissement caractérisé par un partage d'émotions. Ainsi, il nous faut observer la qualité, mais aussi la durée des moments d'accordage ainsi que leur issue intersubjective.

Gratier et Trevarthen (2006) ont montré cela avec finesse et précision à l'aide de micro-analyses de séquences interactives de bébés en voie d'autisme. Selon eux, les bébés en voie d'autisme ne sont pas visiblement différents des bébés tout-venants. Ils expriment des intentions et des émotions, peuvent rire, sourire et nouer des liens d'attachement. Ce qui est plus caractéristique c'est une fragilité de la syntonie des échanges, autrement dit du partage émotionnel, de la faculté d'entrer en résonance en harmonie avec l'autre, chez les bébés à devenir autistique.

Cela est important à souligner car, lors des consultations en CAMSP, certains bébés montrent des capacités relationnelles (sourires et vocalisations), ce qui peut éventuellement nous rassurer à tort. La vulnérabilité intersubjective réside dans la dimension de provocation, d'engagement corporel et de soutien de l'échange sur un mode d'accordage pour former une séquence interactionnelle dans une tonalité joyeuse.

Apicella et al. (2013) ont étudié les films familiaux de 10 enfants devenus autistes, en comparant avec un groupe contrôle au développement typique (TD). Les nourrissons atteints de TSA ont manifesté moins d'activité motrice au cours du premier semestre et, par la suite, moins de vocalisations par rapport aux nourrissons TD. Les soignants des nourrissons atteints de TSA ont montré au cours du deuxième semestre des périodes d'implication plus courtes et une réduction du toucher affectueux. Ces résultats suggèrent que, dès les premiers mois de la vie, un pattern moteur-vocal non synchronisé peut interférer dans la mise en place d'une relation intersubjective.

b. Les études de cohorte de bébés prématurés

Les travaux d'Orna Lev-Enacab (2015, 2022) sur des cohortes de bébés prématurés témoignent de l'influence de la motricité du bébé sur la qualité des échanges. D'après l'étude de 39 dyades mères-bébés prématurés, ils mettent en lien la qualité des

mouvements généraux du bébé évaluée à l'aide de l'échelle de Precht, sur l'interaction mère-bébé. Les résultats de cette étude indiquent que la présence ou l'absence des mouvements fidgets a des effets sur la dimension corporelle de la sensibilité maternelle. Autrement dit, les mouvements fidgets affectent la qualité du portage et l'accordage dans le dialogue tonico-postural (Orna Lev-Enacab, et al. 2015). Plus récemment, les travaux de cette équipe démontrent qu'une motricité souple et fluide incluant la présence continue de mouvements fidgets est corrélée avec une meilleure sensibilité maternelle, avec moins d'intrusivité dans les échanges ainsi qu'avec de meilleurs engagement et réactivité du bébé (et non pas les performances posturo-motrices du bébé).

Ainsi la motricité générale du bébé joue un rôle fondamental dans la mise en place des premiers échanges. Son altération affecte son engagement moteur, en tant que pulsion motrice. Cela affecte la sensibilité maternelle et les compétences parentales.

c. Perturbations du rythme des échanges

Il en découle une perturbation progressive de la structure rythmique des échanges intersubjectifs sensibles dès les premiers mois de vie. Les travaux de Saint-Georges et ses collaborateurs (2011) à partir de l'analyse des films familiaux de l'équipe de Pise mettent en évidence le comportement en « regulation-up » inconsciemment adopté par les parents de bébés à devenir autistique, qui se caractérise par des sollicitations multimodales intensives afin d'obtenir une réaction du bébé dans l'échange.

Cela avait été décrit de manière très fine par Gratier et Trevarthen (2006) lors de séquences interactives filmées entre un bébé fille à devenir autistique et son père. Cette description témoigne de la difficulté du bébé à prendre part aux échanges pulsionnels avec son parent. Les auteurs décrivent alors l'appauvrissement de la séquence interactive qui en découle, le père se résignant peu à peu à jouer la partition interactive répétitive lui assurant de provoquer une réaction émotionnelle chez sa fille. Selon les auteurs, les bébés en voie d'autisme semblent avoir du mal à pressentir et à participer à la co-construction et au déroulement temporel des « narrations de l'éprouvé ». Ainsi, « les interactions de bébés en voie d'autisme s'appuient souvent sur des patterns connus et efficaces mais peu créatifs ». (Gratier et Trevarthen, 2006, p.32).

Cette attitude a paradoxalement un effet renforçateur des perturbations relationnelles qui peuvent s'avérer particulièrement intrusives au regard de l'hypersensibilité de ces bébés. Ainsi les perturbations intersubjectives sont perceptibles dès les premiers mois de vie et deviennent spécifiques dès le premier anniversaire de vie (Muratori et al, 2010). Cela valide l'hypothèse formulée alors par Trevarthen et Gratier (2006) selon laquelle « l'autisme ne s'actualise qu'à travers un système interactif dynamique de motivations et d'émotions, qui à la fois prend appui sur des facteurs pathogènes sans doute pré existants et contribuent à les former » (Gratier et Trevarthen, 2006, p.170).

Beaulieu (2020) fait l'hypothèse que cette actualisation se matérialise dans le système nerveux au niveau de la sous-plaque corticale, zone intermédiaire du cerveau du bébé responsable de la migration neuronale des régions sous-corticales vers le cortex. La disparition progressive de cette sous-plaque, par phénomène de mort cellulaire, est liée à l'acquisition d'une motricité volontaire venant s'organiser de mieux en mieux en direction de l'autre. Cela ayant lieu sous l'effet croisé d'une programmation génétique et des effets de l'environnement sur celle-ci.

d. Perturbations de l'organisation signifiante

Laznik (2020) établit un pont entre le neuro-développement et la psychanalyse lacanienne en expliquant comment les perturbations de la synchronie des échanges dues aux fragilités corporelles du bébé vulnérable entravent la première organisation signifiante entre un bébé et son prochain secourable. Car l'expérience de la synchronisation entre les mouvements du corps du bébé et le plaisir dans la prosodie maternelle vient organiser une première perception signifiante, telle une trace. C'est aussi ce que soutiennent Delafield-Butt et Trevarthen dans le champ de l'intersubjectivité : « Une fois la séquence narrative achevée, l'expérience de sa création restera pour chacun des partenaires, et entre eux ils pourront garder ce souvenir particulier, la mémoire d'une expérience unique et partagée, dont la co-création confère à la mémoire un « sens ». » (Delafield-Butt et Trevarthen, 2015, p.9).

Ainsi, la motricité du bébé vulnérable, si elle se trouve entravée, désorganisée, pour les diverses raisons qui peuvent créer un risque de TND, sera difficilement interprétable par le parent. Celui-ci peut avoir du mal à être contenant, tant physiquement

que psychiquement. La syntonie émotionnelle des échanges et la co-construction d'une narrativité partagée, première organisation signifiante, risque d'en être particulièrement affectée.

4. Perspectives de recherche sur le bébé vulnérable

Face à cette vulnérabilité, chercheurs et cliniciens se mobilisent sur les pistes d'intervention dès les premiers signes de vulnérabilité du bébé. Nous l'avons vu, le modèle du neuro-développement se base sur l'idée de prévention, moyennant une intervention qui se déploie dès l'observation des signes d'alerte, le plus en amont possible de la cascade développementale qui peut mener à l'installation durable d'un trouble.

a. Stratégie de protection neuro-développementale et dispositif de soutien parental par vidéo-feedback

Douglas (2019) est un médecin australien spécialisé dans la clinique périnatale, et plus particulièrement dans la santé mentale infantile. Elle a développé depuis plusieurs années un modèle d'intervention précoce qui se base sur l'adoption d'une stratégie de protection neuro-développementale. Elle met l'accent sur la période critique des 100 premiers jours de vie du bébé. Elle détaille différentes attitudes de protection développementale favorisant la synchronie dans les interactions bébé-parent et la régulation émotionnelle du bébé. Le programme de soutien parental qu'elle propose vise à sensibiliser les parents sur les bénéfices de « chaînes de réciprocité » dans les interactions avec le bébé, visant la recherche du plaisir partagé.

En 2021, une équipe australienne publie une étude randomisée visant à évaluer les effets d'une intervention préventive sur le devenir d'enfants montrant des signes précurseurs d'autisme (Whitehouse, et al. 2021). L'étude se base sur la comparaison de deux groupes d'enfants, âgés de 9 à 15 mois au début de l'étude, tous présentant au moins 3 sur 5 signes précurseurs d'autisme sur l'échelle SACS-R (regard spontané, pointage proto-déclaratif, gestes sociaux, imitation, réponse au prénom). Puis l'un des groupes a bénéficié d'un dispositif d'intervention comprenant 10 sessions de soutien à domicile basé sur les films de séances d'interactions mère-bébés, avec usage de vidéo-feedback, sur une période de 5 mois, soit deux séances mensuelles ; tandis que l'autre groupe a bénéficié des soins classiques. Les enfants ont ensuite été ré-évalués à intervalles

réguliers jusqu'à l'âge de 3 ans. Les résultats montrent une réduction de la sévérité des symptômes, une réduction de la probabilité d'obtenir un diagnostic final d'autisme, et une amélioration de l'ajustement parental et du devenir langagier dans le groupe qui a reçu le dispositif préventif.

b. Interventions sur la motricité du bébé vulnérable

Suivant l'hypothèse d'une origine motrice des TND, Hadders-Algra (2018) note que l'évolution de la motricité spontanée du bébé dans la période qui suit la naissance coïncide avec la période d'activité synaptique de la sous-plaque. Elle émet l'hypothèse que la sous-plaque corticale est responsable de la complexité et de la variabilité des mouvements généraux. Ainsi, les perturbations de la sous-plaque seraient impliquées dans l'installation des troubles du neuro-développement. En faisant un rapprochement rapide avec la conception psychanalytique, la sous-plaque serait alors à la fois un lieu d'émergence pulsionnelle du bébé et de vulnérabilité de sa mise en circulation, fragilisant la subjectivation.

En 2020, Soloveichick et al. 2020 ont effectué des essais de remédiation kinésithérapeutique sur quatre bébés nés avec une grande prématurité, des séquelles neurologiques importantes et montrant une altération importante des mouvements généraux, avec des manifestations de crampes synchronisées (33 à 35 semaines d'âge post-terme). L'intervention MIT-PB (Movement Imitation Therapy for Preterm Babies) se basait sur une mobilisation douce des membres du bébé dès l'apparition de crampes synchronisées, de sorte à assouplir le mouvement, en imitant autant que possible une séquence normale de mouvements généraux. Les résultats indiquent un rattrapage des fidgetys, à 14 semaines post-terme pour 3 des 4 bébés, et un bébé avait des fidgetys anormaux. Tous ont présenté une évolution favorable à l'âge pré-scolaire.

La thèse d'Annik Beaulieu (2020) a détaillé précisément la question des MG en lien avec le TSA, en articulation avec la démarche psychanalytique de Laznik. Elle intègre son intervention en tant qu'ostéopathe dans le dispositif RIEPPI, comme l'un des trois pôles d'intervention pour les bébés en voie d'autisme, avec la psychothérapie psychanalytique bébé-parent et la sensori-motricité selon Bullinger. Dans le cadre de son post-doctorat, elle poursuit ses travaux de recherche sur l'étude des MG en anténatal, et teste actuellement l'influence d'une prise en charge précoce sur la qualité des mouvements

généraux et la trajectoire développementale de bébés à risque de TND (fratrie, prématurité, séquelles neurologiques). Le dispositif « jouons ensemble »²¹ comprend une série d'exercices quotidiens effectués à domicile par les parents et une guidance parentale. Elle collabore également avec le Pr Doi au Japon pour l'analyse croisée des vidéos de MG.

c. Le réseau RIEPPI

Ce réseau fondé en 2019 par Hervé Bentata et Marie-Christine Laznik rassemble des psychanalystes engagés dans la clinique du bébé et du très jeune enfant dans un dialogue transdisciplinaire. Il vise à faire valoir les avancées de la psychanalyse dans le champ de la périnatalité, en s'appuyant sur la formation dispensée par M.C. Laznik à l'ASM 13 ainsi que sur les séminaires sur la psychopathologie du bébé de l'Association Lacanienne Internationale (ALI). Les professionnels formés et engagés pour recevoir des bébés selon le dispositif RIEPPI sont répertoriés sur un site internet.²²

Par ailleurs ce réseau promeut le dialogue avec d'autres champs scientifiques concernant la clinique du bébé (neurosciences, génétique, psycholinguistique...). Plusieurs de ses membres sont des cliniciens et des chercheurs actifs. Différents projets de recherche sont actuellement en cours. Outre les travaux d'A. Beaulieu cités précédemment, le Dr. C. St Georges pilote un projet de recherche sur le dépistage très précoce de risque de TSA par l'évaluation des MG et la grille Olliac-Préaut dans une population à risque (fratrie). Au sein du Centre Intercommunal de Créteil (CHIC), le Dr C. Delmas coordonne un essai pragmatique randomisé sur l'efficacité d'un repérage précoce en PMI à l'aide de la grille Olliac-Préaut, avec adressage pour une prise en charge avant l'âge d'un an de nourrissons à risque de TSA et TND.

Les travaux du Dr Favrot-Meunier portent sur la clinique en surdité, dans la perspective de favoriser la prévention des TND dans la population infantile sourde. Elle travaille actuellement avec un groupe de recherche sur la transcription de l'échelle NBAS de Brazelton en LSF à destination des parents sourds.

²¹ <https://www.fondationmustela.com/fr/prix-et-bourses/prix-de-recherche-action/2022-annik-beaulieu>

²² <https://www.mabulleaeclate.com/les-praticiens>.

Enfin, le Pr Erika Parlato-Oliveira (lauréate du prix Femme scientifique de l'année 2022 au Brésil), directrice de recherche à l'Université Paris Cité et au Brésil (UFMG, UNICAMP et UNIFESP), coordonne un groupe très actif d'étudiants chercheurs (master, doctorats, post-doctorats), avec de nombreuses présentations et publications internationales. Elle dirige aussi le Babylab (CEREP) à Paris, les thèmes de recherche des travaux actuels portent sur les savoirs du bébé, l'intentionnalité du bébé, la souffrance psychique du bébé.

5. Des bébés vulnérables mais néanmoins compétents

Dans la clinique du handicap, on a beaucoup insisté sur l'effet d'annonce sur le fantasme parental (Korff-Sausse, 1996), ce qui a accompagné notre clinique en surdité pendant de longues années. Le diagnostic de surdité survenant aux alentours d'un an, qui provoque une réelle rupture de filiation et une blessure narcissique, peut fragiliser le processus de subjectivation du bébé vulnérable ou handicapé et induire un sur-handicap psychique (Haag, 1994).

On conçoit aujourd'hui que « le tout-petit sujet est aussi un agent plus ou moins actif du regard posé sur lui » (Couvert, 2018). Or, « Il y a des particularités du côté du bébé qui ont pour effet d'anesthésier les capacités du parent à pouvoir s'illusionner. Ces bébés-là ne sont pas regardés comme les plus beaux bébés du monde, et ce court-circuit, s'il n'est pas repéré, peut entraver le parcours pulsionnel. » (Couvert, 2018).

a. Pia n'a pas de corps calleux, mais est dans la pulsion invocante²³

C'est ce que nous avons pu mettre au travail dans la situation de Pia, petite fille âgée de 6 mois lors de notre première rencontre, qui présentait un syndrome polymalformatif rare, entraînant un grand retard global de développement (hypotonie massive, troubles d'oralité, retrait relationnel). Le réel du corps de Pia, sa souffrance et les nombreuses atteintes somatiques sont autant d'obstacles à la mise en place du champ pulsionnel et à l'expression de son appétence relationnelle. Dans les séances, nous nous

²³ Cette vignette clinique a fait l'objet d'une présentation lors du VIII Séminaire Transdisciplinaire International sur le bébé, en juillet 2023 : De Clerck, A., Da Cunha, M., Laznik, M.-C. (2023) « Je n'ai pas de corps calleux, mais je suis dans la pulsion invocante » Instituto Langage.

efforçons de souligner toutes les manifestations intentionnelles de Pia, adressées à l'autre. Sa mère, très fine, demandait : « J'adore que vous me disiez qu'elle cherche à nous dire tout ça, mais au fond, est ce que c'est vrai, ou bien on se l'imagine ? » Le travail de micro-analyse des films nous avait permis de mettre en évidence une pulsion invocante à l'œuvre chez cette petite fille. Ainsi, elle déployait des efforts importants pour tourner son corps en direction de sa mère et tenter de la consoler lors d'une séance où celle-ci se sentait très abattue. Une séance micro-analysée avec son père avait également montré Pia (qui se présentait avec une capacité de motricité volontaire extrêmement réduite) pointant le nez de son père juste avant d'attraper son propre nez, une minute après que ce dernier l'avait mouchée. Son père s'occupait aussi régulièrement de replacer la sonde naso-gastrique qu'elle enlevait parfois. Cela témoignait alors des savoirs qu'elle avait construits à propos de son papa. De même, la collaboration avec la kinésithérapeute du CAMSP nous avait permis de constater qu'une fois installée, Pia pouvait soulever les bras et faire un geste de coucou. La récompense a été lorsque Pia a commencé à vocaliser, et que sa mère nous a annoncé fièrement : « Hier, j'ai eu une conversation avec ma fille ! ». Aujourd'hui, Pia module de plus en plus ses vocalisations pour parvenir à se faire comprendre par ses proches.

b. Des compétences atypiques

Une recherche nous intéresse particulièrement car elle s'intéresse aux compétences atypiques des bébés vulnérables. Bénédicte Marchina-Andurand ²⁴ a mis en place une recherche-action consacrée à « l'élaboration d'un dispositif d'observation filmée pour soutenir les compétences communicationnelles précoces atypiques des nourrissons vulnérables en réanimation pédiatrique ». L'hypothèse centrale de son travail est que ces nourrissons ont, comme les autres, une appétence innée pour établir des relations et le besoin d'en recevoir un écho. Ce projet vise à permettre aux parents et aux soignants de « mieux déchiffrer les signaux envoyés par ces enfants, signaux affaiblis et inhabituels puisqu'entravés par la maladie, les techniques ventilatoires, la sédation : mimiques, gestuelles, sons aux diverses tonalités, agrippements, regards... », pendant la

²⁴ [https://www.fondationmustela.com/fr/prix-et-bourses/prix-de-recherche-action/2021-](https://www.fondationmustela.com/fr/prix-et-bourses/prix-de-recherche-action/2021-benedicte-marchina-andurand)

[benedicte-marchina-andurand](https://www.fondationmustela.com/fr/prix-et-bourses/prix-de-recherche-action/2021-benedicte-marchina-andurand)

période d'hospitalisation, afin de limiter les séquelles et favoriser un retour à domicile dans les meilleures conditions.

Ainsi, ce travail suppose ici un bébé vulnérable mais néanmoins actif et compétent pour entrer en relation avec son environnement et communiquer son ressenti, ses éprouvés. Il reconnaît donc une pulsion invocante chez le tout-petit sujet vulnérable, les manifestations de ces bébés s'apparentent au paradigme du « trait », tel que le propose Couvert (2020).

c. Kim, l'énigme de la cicatrice

Dans le cadre de nos fonctions en tant que psychologue au CAMSP HOVIA, nous sommes amenée à intervenir ponctuellement dans l'antenne du CAMSP au sein de la PMI de Port-Royal, dans le cadre d'un partenariat inter-institutionnel. Nous effectuons des consultations conjointes avec une psychomotricienne, à la demande des médecins de la néonatalogie ou de la PMI, pour des bébés sortant d'hospitalisations, mais n'ayant pas encore de relai de suivi établi.

Ainsi, nous avons rencontré Kim, une toute petite fille, née avec une très grande prématurité et ayant effectué un très long séjour en néonatalogie. Les parents viennent très peu, la relation bébé-parent ne s'est pas établie. Kim a eu la malchance durant son séjour d'avoir gardé une cicatrice sur la jambe à la suite d'une maladresse dans un geste de soins. Il n'y a pas de risque de séquelle motrice, mais la cicatrice restera visible et risque de s'étendre en grandissant. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer ses parents, mais nous apprenons qu'ils ont noué depuis une grande colère vis-à-vis de l'hôpital. Ils refusent de venir chercher leur fille pour rentrer à domicile, souhaitent qu'elle reste à l'hôpital qui est « sa maison ». Les soignants se relaient auprès d'elle avec attention et veillent à son développement. Néanmoins, la situation semble totalement bloquée et mobilise tout le service. Cette cicatrice semble cristalliser toute la souffrance accumulée de part et d'autre dans cette situation.

Kim vient à la consultation accompagnée de son auxiliaire soignante. Le pédiatre s'inquiète de signes de retrait relationnel et de retard de développement. Lorsque nous recevons Kim, elle est installée au tapis, soutenue sur le coussin d'allaitement. La psychomotricienne veut évaluer ses compétences sensori-motrices. Elle retire

délicatement une chaussette de Kim. Kim découvre avec plaisir son petit pied, qu'elle regarde avec une curiosité non dissimulée, agitant doucement ses petits orteils, tout en croisant le regard de la psychomotricienne dans une attention partagée. Après un moment, la psychomotricienne se tourne vers l'autre pied, celui qui se trouve au bout de la jambe portant la cicatrice. Elle retire tout aussi délicatement la petite chaussette. La réaction de Kim est alors très différente. Elle détourne activement son regard et fixe alors le mur. Elle semble nous dire là qu'elle ne peut pas voir cette jambe, tout comme ses parents ne veulent pas de cette cicatrice.

Ainsi, cette jambe semble rester comme un élément corporel désinvesti sur le plan pulsionnel, comme désarticulé. Son pied ne peut être tendu vers l'autre pour se faire l'objet de la pulsion orale de l'autre, elle « ne peut se faire boulotter le petit pied » (Laznik, 1993). Néanmoins, par ce geste de détournement actif du regard, Kim nous montre sa pulsion invocante à l'œuvre. Elle semble chercher à interpréter quelque chose qui se pose comme une énigme pour elle (Parlato-Oliveira, 2022) et dont la clé se trouve dans cette cicatrice. Cherche-t-elle à nous dire qu'elle a perçu qu'il y a là quelque chose à ne surtout pas voir, car trop effrayant ? Nous avons pu parler un instant à Kim de ce qui avait provoqué cette cicatrice.

Nous avons pu échanger avec sa référente et soutenir l'initiative de la réalisation de massages réguliers sur les jambes de Kim, en investissant chacune des jambes, et en veillant à nommer, à mettre des mots sur cette cicatrice et investir pulsionnellement la jambe abîmée de Kim. L'ensemble du travail effectué par le service a finalement permis le retour de Kim au domicile parental.

Il nous revient de nous mettre à l'écoute des formes d'expression singulières du bébé vulnérable. Haag (1994) soulignait que le sur-handicap psychique pouvait venir d'un désaccordage dans les soins, lorsque ceux-ci se concentrent trop sur la rééducation, en ne tenant pas compte de l'enfant qui poursuit son processus de développement singulier. Il nous faut croire aux compétences des bébés vulnérables, aussi atypiques soient-elles, qui s'expriment dans leur temporalité, à laquelle il faut trouver à s'accorder.

Conclusion

Le neuro-développement est un concept favorable pour l'étude des processus de subjectivation dans le cas d'une vulnérabilité psychique du bébé. Cela permet d'envisager des possibilités d'intervention dès les premiers signes d'alerte, afin de soutenir la constitution psychique du bébé. C'est un terrain propice aux déploiements de recherches dans le but de favoriser le développement harmonieux du bébé. Plusieurs recherches en cours s'intéressent plus particulièrement au corps et à l'organisation sensori-motricité du bébé en tant qu'instrument relationnel par lequel va s'organiser l'intersubjectivité chez le bébé. Celles-ci peuvent être altérées, en lien avec différents facteurs de vulnérabilité, fragilisant les processus de subjectivation. Mais les bébés vulnérables peuvent aussi déployer des compétences singulières et atypiques que nous devons nous employer à reconnaître. Dans la partie suivante, nous nous tournons du côté de la surdité, et du bébé. Par un travail au sein d'un groupe de recherche sur une cohorte de bébés sourds, nous avons cherché à mieux comprendre la vulnérabilité psychique des bébés sourds, telle que nous avons pu la rencontrer dans notre clinique.

Analyse des profils de développement au sein d'une cohorte de bébés sourds

Introduction

Le domaine de la surdité constitue un « monde » d'une grande richesse humaine, composé de professionnels, de parents, de militants, sourds et entendants, souvent passionnés, animant une réflexion clinique vive et engagée.

Dans notre parcours clinique en CAMSP spécialisé, nous avons été amenée à rencontrer un grand nombre de bébés vulnérables porteurs de surdité, ainsi que leur famille. Nous avons été confrontée à des situations hétérogènes, complexes et singulières, le dénominateur commun étant l'atteinte sensorielle. Beaucoup de ces situations cliniques nous ont souvent interpellée et mobilisée. Au-delà de la diversité langagière et culturelle, nous avons rencontré un grand nombre d'enfants ayant des fragilités développementales importantes, mettant en jeu les processus de subjectivation.

Nous avons partagé un grand nombre de ces questionnements avec nombre des acteurs de ce « monde », en premier lieu au sein des équipes où nous travaillions, et notamment avec le Dr Favrot-Meunier, sollicitée dans le cadre de consultations de pédopsychiatrie à l'UTES pour un certain nombre de ces enfants, ou au Centre de Ressources Laplane. Car une part importante des enfants porteurs de surdité présente à terme des complications développementales et psychopathologiques. Nous partageons la conviction avec d'autres acteurs des champs croisés que sont la surdité et la périnatalité de la nécessité d'intervenir le plus tôt possible pour favoriser le développement du bébé sourd.

Ainsi notre démarche de recherche nous a menée tout d'abord à prendre part à une étude prospective observationnelle d'une cohorte de bébés sourds, au sein d'un groupe de recherche piloté par le Dr Claire Favrot-Meunier et Erika Parlato-Oliveira, dans le but de mieux comprendre le processus de subjectivation chez le bébé sourd. Nous

présentons dans ce chapitre le travail d'analyse mené à partir de cette cohorte, et notre participation dans ces travaux.

Après une introduction générale à la surdité chez le bébé, nous présentons le développement relationnel du bébé sourd à la lumière d'une revue de littérature actuelle. Puis nous déplaçons la question spécifique des troubles du neuro-développement associés à la surdité. Enfin, nous explicitons le travail d'analyse de la cohorte et les conclusions que nous avons tirées de cette première étape de notre recherche.

I. INTRODUCTION A LA SURDITÉ CONGÉNITALE INFANTILE

Dans cette première partie nous présentons des éléments d'introduction générale et médicale à la surdité congénitale infantile. Nous reprenons le fonctionnement de l'audition et ses altérations dans le cas d'une déficience auditive chez le bébé ou le très jeune enfant. Puis, nous expliquons le déroulement de l'accompagnement clinique du bébé sourd et de sa famille. Enfin, nous dégagons les enjeux de la recherche en surdité infantile.

A. Perception auditive et types de surdité

La perception auditive est un procédé sensoriel et neurologique : le son ou le stimulus sonore est une vibration de l'air, qui est captée et conduite depuis l'oreille externe (pavillon et conduit auditif) puis transmise par l'oreille moyenne (tympan et chaîne des osselets) jusqu'à l'oreille interne (cochlée). Par un phénomène de transduction, le stimulus sonore vibratoire est transformé en influx nerveux (électrique) et transmis via le nerf auditif vers les aires cérébrales auditives primaires où le son sera traité. L'information circule ensuite vers les niveaux corticaux supérieurs, faisant intervenir des phénomènes mnésiques, cognitifs, etc...

L'audition se développe progressivement depuis la période anténatale par la formation progressive de l'organe sensoriel : les premières réactions comportementales du fœtus aux stimuli sonores apparaissent entre 25 et 28 semaines (Busnel, Granier-Deferre, Lecanuet, 1992 ; Kuhn, 2012 ; Chays, Ville, Crepin, G., 2020) la myélinisation des

voies auditives se poursuit jusqu'à la deuxième année de vie ; le système auditif dans son ensemble arrive à maturité seulement à l'adolescence.

Les surdités peuvent être « de transmission » (atteinte de l'oreille externe et moyenne) ou « de perception » (atteinte de l'oreille interne) ou encore « mixtes ». Elles peuvent être congénitales ou acquises, apparaître de manière secondaire, ou encore être évolutives. Il existe également des neuropathies auditives, c'est-à-dire une atteinte de la conduction de l'influx nerveux, et des surdités centrales (traitement neurologique des aires auditives).

Les surdités sont également décrites selon leur répercussion sur l'acquisition du langage, notamment dans les cas de surdité infantile : on parle de surdité préverbale ou pré-linguale lorsque celle-ci survient avant l'âge d'acquisition de la langue chez le bébé. La surdité peut être unilatérale, ou bilatérale.

Il peut y avoir différents degrés de surdités (BIAP)²⁵ :

- déficience auditive légère (21 à 40 dB) : La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiaux sont perçus.

- déficience auditive moyenne (41 à 70 dB) : La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus.

- déficience auditive sévère (71 à 90 dB) : La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.

- déficience auditive profonde (91 à 120 dB) : Aucune perception de la parole. Seuls les bruits très puissants sont perçus.

- déficience auditive totale ou cophose (perte moyenne de 120 dB) : aucun son n'est perçu.

²⁵ Classification du Bureau International d'Audiophonologie :
<https://www.biap.org/fr/recommandations/recommandations/ct-02-classification-des-deficiences-auditives/149-rec-02-01-fr-classification-audiometrique-des-deficiences-auditives/file>

Les surdités sont des atteintes sensorielles, et selon le lieu fonctionnel de l'atteinte (du plus périphérique au plus central), les répercussions sur la perception et les conséquences sur le développement du bébé seront variables.

Le retentissement est aussi fonction de l'importance de la surdité : les surdités bilatérales ont plus d'impact que les surdités unilatérales, ainsi que les surdités sévères à profondes, qui nécessitent une prise en charge pour permettre le développement d'une langue orale (Loundon et al., 2022).

B. Dépistage et diagnostic de surdité

Selon les données de l'Inserm, chaque année environ un millier de nouveau-nés sont affectés de surdité (soit 0,25% des naissances). Dans 40% des cas, la surdité est sévère ou profonde, avec de lourdes conséquences sur le développement de l'enfant, notamment sur l'acquisition du langage.

Autrement dit, concernant les surdités congénitales bilatérales sévères ou profondes, l'incidence est estimée à 1 ou 2 / 1000 naissances (Denoyelle. Loundon. Et Blanchard, 2020).

En France depuis 2012 a été mis en place le dépistage néonatal systématique de surdité (arrêté du 23 avril 2012²⁶). Un premier test de vérification de l'audition est proposé pour tous les nourrissons à J+2 en maternité au moyen de Potentiels Évoqués Auditifs automatisés (PEAa) ou d'oto-émissions acoustiques (OEA).

Les otoémissions acoustiques (OEA) : lorsque l'oreille interne perçoit un son, elle produit une très faible onde sonore réflexe. Au moyen d'une petite sonde introduite dans le conduit auditif, est envoyé un stimulus sonore, qui, s'il est bien perçu, va engendrer en réponse une onde réflexe, qui sera alors captée par la sonde. Avec ce procédé le seuil de repérage de surdité est de 40 dB. Ce test se fait oreille par oreille. Notons que ce test ne permet pas de repérer les neuropathies auditives (atteinte du nerf auditif), dans lesquelles les oto-émissions sonores sont bien présentes.

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025794966>

Les Potentiels Évoqués Auditifs automatisés (PEAa) : à l'aide d'électrodes placées sur le crâne du bébé, les potentiels évoqués auditifs enregistrent l'influx nerveux relayé par le nerf auditif qui conduit le son de l'oreille interne vers les aires auditives primaires du cerveau. Ces premiers tests donnent un résultat binaire : si le dépistage est « négatif », cela veut dire que l'enfant entend bien à la naissance. Si le dépistage est « positif », il est indiqué, pour chaque oreille, dans le carnet de santé, que l'audition est « à vérifier ». Le cas échéant, il sera éventuellement nécessaire de faire des examens dans un service ORL hospitalier pour poser un diagnostic de surdité.

C. Étiologies des surdités

90% des enfants sourds naissent de parents entendants. Concernant l'origine des surdités, les données chiffrées indiquent que les trois quarts des surdités sévères ou profondes sont d'origine génétique, les autres étant acquises au cours de la grossesse ou pendant la période périnatale (Inserm).

L'origine de la surdité peut être génétique (environ 2/3 des cas de surdités) ou environnementale (20 à 30% des surdités : par ex : méningite, foetopathie CMV, exposition ototoxique, traumatismes sonores, prématurité...).

Dans les cas de surdités génétiques (Blanchard, 2012) on distingue des surdités isolées (le plus fréquemment liées à une mutation du gène de la connexine 26) et les surdités syndromiques. Dans la littérature on retrouve mention de centaines de syndromes avec surdité. Nous pouvons citer ici les plus fréquemment rencontrés dans la clinique :

Le syndrome d'Usher associe une surdité avec une aréflexie vestibulaire bilatérale et une rétinite pigmentaire évoluant vers une cécité à l'âge adulte.

Le syndrome CHARGE dont l'acronyme anglo-saxon signifie la combinaison de plusieurs malformations : colobome rétinien, malformation cardiaque, atrésie des choanes, retard de croissance, hypoplasie génitale, anomalies des oreilles / surdité.

Le syndrome de Waardenburg associe une surdité d'intensité variable avec des anomalies de pigmentation (yeux, peau, cheveux) et parfois des dysmorphies.

Le syndrome de Pendred est caractérisé par une surdité neurosensorielle bilatérale sévère à profonde souvent évolutive, pouvant être associée à des troubles vestibulaires et un goitre thyroïdien d'apparition secondaire.

Parmi les causes environnementales, on retrouve les causes infectieuses : le plus fréquemment l'infection fœto-maternelle au cytomégalovirus (CMV) responsable de 20 à 30% des surdités infantiles. L'infection à CMV concerne 0,5% des nouveau-nés (Bernard et al. 2018 ; Chays, 2020). Les signes cliniques et les conséquences de cette infection sont d'intensité variable et évolutifs. Cette infection est reconnue comme étant la cause la plus commune de surdité neurosensorielle non génétique et une cause importante de troubles du neurodéveloppement (Goderis et al., 2014 ; Chays, Ville et Crépin, 2020).

D. Accompagnement et soins du jeune enfant sourd et de sa famille

Après le dépistage, le diagnostic doit être confirmé dans le service ORL de l'hôpital pédiatrique dédié, où l'enfant sera alors suivi au long cours. Plusieurs examens complémentaires sont prescrits (génétiques, étiologiques, sanguins, cardiaques, vestibulaires...) afin de rechercher l'étiologie de la surdité, d'envisager les traitements et les soins les plus adaptés (type de prothèse, et soutiens au développement), ainsi que de repérer précocement d'éventuelles atteintes associées.

La réhabilitation prothétique (implant, contours d'oreilles, etc.) est l'intervention médicale proposée pour restaurer la perception auditive.

Dans le cas de surdité de perception bilatérale sévère à profonde, le traitement médical de référence est actuellement la pose d'implant(s) cochléaire(s) (bilatéraux) dans l'oreille interne par une intervention chirurgicale ; éventuellement après un essai d'appareillage externe (contours d'oreilles) qui fonctionne par amplification du son. Les indications pour la pose d'implant cochléaire sont formalisées par la HAS.

La pose d'un implant cochléaire nécessite une opération chirurgicale : de minuscules électrodes sont insérées dans la cochlée, qui, par le biais d'un récepteur externe placé derrière l'oreille de l'enfant, vont transmettre les informations sonores au nerf auditif.

Cette dimension médicale se complète d'une prise en soins globale pour soutenir le développement du bébé sourd.

Le bébé et sa famille seront adressés vers des services spécialisés (CAMSP, SAFEP) ou des professionnels libéraux (orthophonistes, psychologues, psychomotriciens...) pour un accompagnement global de l'enfant et de sa famille.

Le but de la mise en place du dépistage néonatal de la surdité est de favoriser la précocité de l'intervention et de soutenir le développement du bébé, notamment l'accès à la langue orale.

A l'époque, sa mise en place à titre systématique a été l'objet de débats houleux et passionnés dans la communauté Sourde, et parmi certains professionnels de la surdité, défenseurs de la culture Sourde, véhiculée par la Langue des Signes Française (LSF). Un certain nombre de psychiatres et psychologues spécialisés dans la clinique des enfants sourds avaient formulé des inquiétudes concernant les répercussions du dépistage de surdité sur l'établissement des liens précoces parents-bébé, mentionnant un risque iatrogène sur les liens parents-bébés (RAMSES).

E. Enjeux de la recherche en surdité

Le militantisme de la communauté Sourde, qui défend avec ferveur la richesse de sa culture et de ses langues signées, est rejoint et soutenu par des acteurs du soin psychique ainsi que par des chercheurs. Notre recherche s'intéresse au bébé sourd, dans une démarche qui se situe tout à fait en dehors de ces enjeux militants.

La question de la construction psychique du bébé sourd doit pouvoir être éclairée par les apports récents de la recherche en périnatalité, indépendamment des débats sur la langue, en considérant le langage sous l'abord multimodal, accessible aux bébés sourds. Certains chercheurs regrettent un retard pris dans la compréhension fine de la clinique complexe et très hétérogène touchée par la surdité infantile, notamment en cas d'autisme associé (Meinzen-Derr, 2014).

Du point de vue de la recherche, le dépistage néonatal de la surdité offre une opportunité de cerner plus précocement les enjeux neuro-développementaux qui concernent le bébé sourd. En permettant d'avancer l'âge de diagnostic aux environs de 3

mois (Chays, Mabrousse et Makeïeff, 2014), cela ouvre des perspectives très novatrices dans ce champ de recherche encore largement sous-étudié. Rappelons qu'en 2011, l'âge médian de diagnostic de surdité profonde était de 12 mois (François et al., 2011). Il était donc encore très rare de pouvoir observer les premiers mois de vie d'un bébé sourd, en dehors d'antécédents familiaux ou de facteurs de risques de surdité.

Nous allons présenter les éléments de littérature que nous avons rassemblés pour comprendre le développement précoce du bébé sourd et éventuellement l'impact de la surdité sur celui-ci, notamment sur le plan psycho-affectif, avec de manière sous-jacente le questionnement suivant : si le constat clinique atteste une plus grande vulnérabilité de développement avec des conséquences psychiques importantes dans la population sourde, est-ce que les recherches concernant la mise en place des premières interactions parents-bébé apportent des réponses éclairantes ? Est-ce que la surdité est un facteur de vulnérabilité psychique dans la construction psychique du bébé sourd ? Est-ce un facteur suffisant pour expliquer cette fragilité ? La surdité affecte-t-elle les interactions précoces et cela peut-il avoir des répercussions sur le processus de subjectivation ?

La littérature est riche et foisonnante dans le champ de la surdité. Les acteurs cliniciens et chercheurs souvent passionnés et engagés. Nous avons sélectionné les publications les plus récentes, qui se sont appuyées sur des études de cohorte. Nous avons mis ces éléments en perspective avec nos conceptions théoriques de référence pour appréhender le développement psychique précoce du bébé sourd.

II. LE DÉVELOPPEMENT RELATIONNEL DU BEBE SOURD²⁷

Les interactions des bébés sourds avec leur environnement sont l'objet de l'attention des cliniciens et chercheurs passionnés par la compréhension de l'émergence du langage et de la subjectivité chez le petit d'Homme depuis de longues années déjà (Maestas y Moores, 1980 ; Clerebaut et Lepot-Froment, 1996 ; Meadow-Orlans, Spencer et Koester, 2004) La littérature internationale est foisonnante d'études expérimentales et d'essais théorico-cliniques sur ce sujet, quels que soient les domaines d'expertise et les référentiels théoriques.

Depuis une dizaine d'années, la mise en place du dépistage de surdité en maternité (2012) a profondément modifié le paysage clinique et le parcours de soins en surdité infantile (Smith et Mc Curray, 2019). Auparavant, il était rare de rencontrer des bébés sourds dès leurs premiers mois de vie, sans antécédent familial, ni facteur de risque de surdité. Aussi, les évolutions dans les soins et traitements (technologies et indications d'implantation cochléaire) transforment la réalité perceptive des bébés sourds au cours de leur première année de vie. Actuellement, en cas de surdité profonde, l'implantation cochléaire est envisagée dès le diagnostic et peut être réalisée entre 6 et 15 mois de vie (Truy et al., 2018).

Par ailleurs, les avancées de la recherche en psychologie du développement nous enjoignent de considérer le bébé en tant que sujet, initiateur et compétent pour percevoir et créer des liens avec ce qui l'entoure (Trevvarthen et Aitken, 2003 ; Parlato-Oliveira, 2022).

Ces évolutions nous invitent à renouveler notre questionnement et faire évoluer notre regard sur les enjeux de la construction psychique des bébés sourds.

Comment le bébé sourd articule-t-il sa sensorialité et sa pulsionnalité dans ses premiers liens ? Comment construit-il sa relation au monde et prend-il sa place en tant que sujet ? Quelle place la surdité vient-elle prendre dans sa construction psychique ?

²⁷ Cette section a été publiée sous forme d'article A. de Clerck, C. Favrot-Meunier, E. Parlato-Oliveira (2023) Les défis du bébé sourd. In *Contraste*, n°58.

Nous nous appuyerons d'une part sur les dernières avancées de la recherche en surdité infantile, et d'autre part sur la fécondité croisée de la psychologie du développement et de la psychanalyse du bébé pour éclairer ce thème.

Penchons-nous sur le berceau du bébé sourd et laissons-nous enseigner sa manière singulière d'entrer en relation avec le monde...

A. Intersubjectivité primaire

1. Giron, bercement et prosodie

Lors de sa venue au monde, la sensorialité du bébé est bouleversée par le passage d'un environnement liquide à aérien (ABSM, 2018). Le bébé utilise l'ensemble de son répertoire sensoriel pour aller à la rencontre de ce qui l'entoure : tous ses sens, proximaux (que sont l'odorat, le goût, le toucher) ; distaux (l'ouïe, la vue) ainsi que sa sensibilité interne (kinesthésique, proprioceptive, équilibre...) sont en éveil. La sensorialité imprègne totalement les premiers échanges du bébé avec son « prochain secourable », dans lesquels perceptions, sensations et émotions sont étroitement liées.

On imagine aisément que l'altération d'un des sens puisse affecter le développement du bébé et l'établissement de ses premiers liens.

Le bébé sourd va trouver une place dans le giron parental (qu'il soit entendant ou sourd) au creux duquel il se fera porter, bercer, toucher, caresser, regarder... Ses premiers moments de vie seront rythmés par ses besoins essentiels primaires et affectifs, auxquels ses parents répondront avec les sensations, émotions, affects et représentations inconscientes qui les traversent dans cette rencontre. L'expérience sensorielle et émotionnelle va soutenir l'établissement des premiers liens, des premières boucles pulsionnelles.

Comme nous l'avons plus amplement développé dans la première partie de notre écrit, la théorie psychanalytique des pulsions (Freud, 1915 ; Lacan, 1964 ; Laznik, 1993), fondement théorique de la grille Olliac-Préaut (2017), a mis en lumière que l'appétence relationnelle du bébé et son intérêt pour le plaisir de l'autre vont être des indicateurs de sa constitution subjective différenciée et en relation à l'autre. Par le bouclage du 3^{ème} temps du circuit pulsionnel, le bébé se fait l'objet du plaisir de l'autre et s'inscrit comme

sujet désirant lié à l'autre. La pulsionnalité du bébé se décline en différents registres (oral, invocant, scopique, tactile) qui prennent source dans le vécu de plaisir corporel dans les premiers liens. Leur intrication, crochetée à la jouissance de l'autre, permet l'émergence d'un sujet désirant. Les pulsions soutiennent le désir, « moteur du développement » du sujet (Couvert, 2018), à l'origine de ses processus identificatoires et de ses investissements objectaux, qui lui permettront de se sentir uni, différencié et en relation avec les autres. Ces fondations psychiques donneront suite aux étapes du développement psycho-affectif de l'enfant, ce que nous ne développons pas plus avant car nous concentrons notre propos sur les premiers temps de constitution psychique dans la vie du sujet.

Parmi les champs pulsionnels, Bentata (2022) introduit la pulsion de portage, que nous avons discutée plus longuement dans le premier chapitre, en mettant en lumière les dimensions corporelles et relationnelles de cette expérience fondatrice pour le bébé. Au carrefour de la sensorialité, de la pulsionnalité et de l'émotion, l'expérience du giron est au premier temps de la rencontre du bébé avec ses parents.

De manière universelle, le bercement d'un bébé se fait préférentiellement à gauche (pour environ 80% de la population). Depuis sa découverte dans les années 70²⁸, ce biais de bercement (CLB) a été étudié par plusieurs chercheurs qui se sont intéressés aux implications de cette tendance universelle sur le développement du petit d'Homme (Sieratski et Woll, 1996). Car au-delà des raisons anatomiques (apaisement lié à la perception des battements du cœur) et physiologiques (latéralité manuelle), cela est en lien avec la latéralisation du cerveau et la prédominance de l'hémisphère cérébral droit dans le traitement émotionnel des signaux perçus par l'hémicorps gauche (Vauclair, 2022). Ainsi cette habitude de portage serait mutuellement bénéfique pour le bébé et la mère car elle favorise le partage émotionnel dans l'interaction et soutient le développement du cerveau social du bébé (Muratori, 2022).

L'émotion dans ces échanges est en lien avec la dimension pulsionnelle. Selon Laznik et al. (2005), la surprise et l'émerveillement sont la combinaison d'émotions qui

²⁸ Le Cradling Laterality Bias (CLB) a été initialement mis en évidence par Salk dans les années 70, et est étudié récemment en lien avec le neurodéveloppement (Pileggi et al., 2015 ; Malatesta et al., 2020)

déclenche la prosodie du mamanaï, objet de la pulsion invocante, vecteur du pulsionnel dans les échanges avec le bébé. Sieratski et Woll (1996) soulignaient le lien entre la latéralisation de portage et la prosodie maternelle. Cette corrélation intéressante permet de soutenir l'hypothèse d'un lien entre l'expérience de portage et la mise en circulation de la pulsion. Une autre équipe de chercheurs (Turnbull et al. 2001) avait pourtant remis en question cette conclusion, en retrouvant ce même biais de bercement dans la population sourde native de parents sourds : par l'absence de corrélation entre le CLB et la possibilité d'une perception auditive des vocalisations parentales, ils concluent que le bercement n'a pas de lien avec la prosodie parentale.

Cependant, il nous apparaît une autre lecture, qui s'appuie sur une conception élargie, transmodale de la prosodie, qui intéresse le bébé sourd. En effet, l'émotion circule entre un bébé et son parent par des échanges sensoriels multiples : la prosodie se manifeste autant dans les modulations de la voix que dans l'expression corporelle. C'est le cas notamment des mères sourdes, qui vocalisent avec leur bébé (Sierastki et Woll, 2004), mais dont l'émotion se traduira surtout dans les expressions du visage et les gestes. Par ailleurs, l'existence d'une prosodie de « mamanaï » en langue signée a été décrite de longue date chez les parents sourds signants (Maestas y Moores, 1980). Elle se caractérise par un ralentissement du rythme, une amplification des gestes, une exagération des mimiques, et une orientation particulière dans l'espace lors des échanges avec leur jeune enfant sourd (Koester et Lahti-Harper, 2010 ; Limousin et Blondel, 2010). La traduction mimo-gestuelle de la prosodie de la parole adressée au bébé est également présente chez les parents entendants (Gratier, 2018).

Ainsi, le bébé sourd lové au creux des bras de ses parents va profiter d'échanges affectifs riches par le biais des caresses, du toucher, des échanges toniques, des mimiques, et regards... le rythme et les modulations de la voix seront ressenties de manière vibratoire contre la cage thoracique et s'accorderont avec les expressions du visage, dans une co-modalité émotionnelle relationnelle. Il investira toute la palette sensorielle qui est la sienne pour déployer le bouclage du circuit pulsionnel.

C'est le cas de Line, âgée de 7 mois, venue avec ses parents entendants pour une consultation de développement filmée, qui a été reçue dans le cadre du protocole de recherche que nous allons présenter.

Lovée au creux du bras gauche de sa maman, elle boit son biberon goulûment après un moment d'impatience non dissimulée. La maman regarde le papa sur sa droite ; tous deux se questionnent sur l'heure du biberon précédent pour essayer de comprendre l'impatience de Line. La maman a une petite exclamation de fierté et un hochement de tête plus vif en constatant la « ponctualité » de sa fille, qui manifeste son appétit à intervalles très réguliers. A ce moment précis, Line, qui semblait entièrement absorbée par la tétée, tourne le regard vers sa mère. Son attention est captée par les manifestations émotionnelles de sa mère, qu'elle observe dans ses mimiques, ses hochements de tête, et perçoit aussi par la résonance de sa voix dans son thorax. On voit alors la dimension relationnelle de ce temps de nourrissage se déployer. Line cherche à capter l'attention de sa mère, qui alterne entre des sourires et paroles adressées à sa fille et des propos échangés avec le père et la pédopsychiatre. Line tend la main vers le visage de sa mère, qui est très souriante et expressive. Line tend ses doigts vers la bouche de sa mère pour se les faire embrasser. Celle-ci dépose un baiser, pose doucement sa joue sur la main potelée. Line fait des pauses dans sa prise du biberon. Le rythme de succion peut s'alterner de petits échanges de regards et de sourires. Après une courte pause de quelques secondes, Line vient plaquer la paume de sa main sur le menton de sa mère et vocalise. Elle cherche à relancer l'échange mais semble aussi chercher à saisir quelque chose du visage de sa mère, à se questionner sur ce qui l'anime, le mobilise... elle cherche à interpréter sa mère (Parlato-Oliveira, 2022).

2. Les modalités sensorielles dans les échanges du bébé sourd

Le bébé sourd, encore plus que le bébé entendant, organise ses interactions avec son environnement de manière multisensorielle et développe ses compétences relationnelles avec son environnement. On trouve très peu d'études sur les interactions des bébés sourds avec leurs parents entendants dans le premier semestre de vie, en lien avec la question du dépistage néonatal de surdité. L'enjeu est important car c'est la combinaison de dyade la plus fréquemment rencontrée (95% des cas). Plusieurs études ont analysé les modalités sensorielles au sein des échanges des bébés sourds avec leurs

parents sourds ou entendants. Les études ont souvent comparé les styles interactifs selon le statut auditif des parents, interrogeant de manière sous-jacente les enjeux de cette asymétrie sensorielle dans l'accordage relationnel parents-bébé (Meadow-Orlans, 2004).

Intuitivement, les études ont montré l'investissement des modalités visuelles et tactiles dans les échanges que les parents sourds nouent avec leur bébé (Paradis et Koester, 2015). Maestas y Moores (1980) a réalisé des micro-analyses de vidéos d'interactions mères sourdes signantes avec leur bébé (sourd et entendant) dans des moments du quotidien (change, bain, nourrissage, éveil...) au cours des 6 premiers mois de vie. Les modalités interactives sont variées : vocalisations, gestes, signes, dactylologie, signes en co-actif ou sur le corps de l'enfant. Les mimiques et gestuelles du bébé sont interprétées comme actes de langage à valeur symbolique. Le toucher est plus souvent utilisé par les parents d'enfants sourds dans les contacts avec leur bébé, en particulier par les parents qui sont eux-mêmes sourds (Depowski et al., 2015), notamment pour attirer l'attention. Ainsi, les parents sourds adoptent naturellement un style interactif lié à leur expérience sensorielle propre.

Certaines recherches ont comparé les modalités d'échanges des mères entendants avec leur bébé selon le statut auditif du bébé. Si les jeux vocaux sont plus spontanément investis par les mères entendants (Koester et al., 1998), les études montrent aussi que celles-ci s'ajustent aux besoins de leurs bébés sourds pour communiquer avec eux (Koester et al., 2004 ; Koester et Lahti-Harper, 2010), en ayant recours à des modalités d'interaction variées dans leurs échanges avec leur bébé sourd, avec une dimension d'accordage. Les mères entendants ont également recours à différentes formes de toucher dans leurs échanges avec leur bébé, avec des durées de toucher prolongées (Koester, Brooks et Traci, 2000). Abu-Zhaya, Kondourova et Seidl (2019) montrent que les mères dont le bébé est sourd utilisent plus fréquemment le toucher en synchronie avec la voix, en comparaison des mères entendants de bébés entendants.

Ces études soulignent l'importance de la co-modalisation sensorielle dans l'expérience relationnelle, dont l'importance a été soulignée par de nombreux auteurs de la clinique du bébé (Golse, 2020, Haag, 2018). Ainsi le bébé sourd s'appuie sur la concordance des informations tactiles et visuelles (avec les éventuels restes auditifs) pour

stabiliser la perception de son environnement. Bullinger nous a enseigné que les entrées sensorielles constituent des appuis dans la constitution corporelle du bébé (ABSM, 2018). On observe d'ailleurs fréquemment la recherche d'appuis dans le dos, d'un « arrière-fond », se manifestant par l'hyperextension chez les bébés sourds. L'apport de ces appuis est parfois nécessaire pour soutenir le bébé sourd dans les liens qu'il crée avec ceux qui l'entourent. Smith et McCurray (2018) ont étudié l'effet de la surdité sur la temporalité des réponses au sein des premiers dialogues entre des bébés sourds et entendants avec leur parent, à partir de l'âge de 4 mois. La surdité n'a pas d'effet sur le rythme des échanges ; le facteur le plus influent sur la rythmicité des échanges étant l'autre partenaire. Il y a donc une influence réciproque de la communication du bébé et de sa mère, avec un ajustement progressif du rythme au fur et à mesure que le bébé grandit.

Les parents sourds ont une sensibilité parentale qui s'appuie naturellement sur leur expérience propre pour comprendre les besoins sensoriels du bébé sourd. Ce partage d'expérience semble favoriser l'ajustement émotionnel et communicationnel de la dyade et le recours spontané à des modalités d'échanges variées (Hintermair, 2017). Mais les études montrent que les parents entendants s'adaptent aux besoins de leur enfant sourd en ayant des échanges multimodaux avec celui-ci (Roberts et Hampton, 2018). Le bébé sourd déploie aussi ses propres compétences pour initier et être en lien avec ses parents, sourds ou entendants.

3. La pulsion invocante chez le bébé sourd

Les avancées de la recherche en psychologie du développement soulignent la part active du bébé pour initier des relations avec son environnement dès les premiers jours de vie (Nagy, 2004,). Les avancées de la recherche dans le champ des TSA notamment ont mis en évidence les fondements moteurs de la mise en place des compétences relationnelles et langagières (Trevarthen et Delafeld-Butt, 2013 ; Muratori, 2022). De récentes publications soulignent le rôle de la motricité et du comportement du bébé dans les liens qu'il établit avec son environnement (Lev-Enacab, 2015 ; Filippa et al, 2018).

Il est établi aujourd'hui que le langage du bébé, entendant comme sourd, s'inscrit véritablement dans son corps. Les travaux de Muratori (2022), à l'Université de Pise, à partir des films familiaux ont contribué à établir que les anomalies motrices entravant le langage corporel jouent un rôle primordial dans la pathogenèse des TSA. Il nous explique

que la communication se déploie de manière concomitante par plusieurs canaux sensoriels, si bien qu'à 14 mois il y a une « équipotentialité » de la communication gestuelle et orale.

Dans le champ de la surdité, cela n'est pas sans rappeler la conception soutenue par Meynard (2014), psychanalyste engagé en surdité depuis de longues années, qui soutient que le registre signifiant dépasse le sonore ; le visuel et le gestuel sont à considérer dans le champ de la parole et du langage. Il souligne que la portée symbolique et donc subjectivante des « chaînes signifiantes gestuelles, visuelles et tactiles », est présente, autant pour les sourds que pour les entendants. Ainsi, le bébé sourd, s'il ne perçoit pas le langage par une fréquence sonore, le captera par des voies sensorielles qui ne sont pas étrangères pour les personnes entendantes. La pulsion invocante apparaît comme transmodale, son bouclage prenant source avec souplesse dans un substrat corporel polysensoriel. Citant F. de Saussure, Parlato-Oliveira (2022) nous rappelle que le langage, « multiforme et hétéroclite », ne se confond pas avec la langue : « Le langage est la condition pour la construction de la langue ».

Ce rapprochement avec le champ de la psychologie du développement nous permet de nous dégager des enjeux de la question de la langue, pour nous mettre à l'écoute du langage du bébé sourd, de « ses modalités de dire » (Meynard, 2014). Oscar, 7 mois, atteint d'une surdité profonde bilatérale non appareillé, nous avait déjà enseigné sur la capacité du bébé sourd à s'inscrire dans le circuit de la parole (Favrot-Meunier et al., 2020²⁹).

Oscar est assis sur les genoux de sa mère, en appui dos contre elle, le ventre soutenu par sa main. Il fait face au Dr Favrot, qui s'adresse à lui avec une belle prosodie vocale et gestuelle. Oscar se montre très présent à cet échange. Il sourit en réponse aux stimulations de Dr Favrot. À son tour, celle-ci lui tend une petite girafe verte, un jouet qui sert comme un anneau de dentition. Oscar, en mettant la girafe dans la bouche, se met à

²⁹ Nous décrivons cette scène traduite en portugais, dans le chapitre de cet ouvrage publié au Brésil : Favrot-Meunier, C., de Clerck, A. Martins, A., Philippon, I., Parlato-Oliveira, E. (2020) Surdo, eu ? In *Dos Primórdios à Adolescência*. Instituto Langage.

vocaliser. Ses vocalises sont très harmonieuses, il semble faire de petits commentaires sur la girafe. Une conversation entre le bébé et le Dr Favrot s'installe.

Puis le Dr Favrot et sa mère le complimentent sur ses compétences. Oscar suit attentivement la conversation et apprécie les compliments : il reprend ses vocalises lorsqu'on commente sa voix et redresse fièrement sa posture quand on évoque ses progrès psychomoteurs. Lorsque les adultes cessent de lui parler, Oscar vocalise « aahh » tout en regardant Dr Favrot afin qu'elle revienne converser avec lui. Il peut relancer l'adulte pour poursuivre l'échange. Là, il initie le troisième temps du circuit pulsionnel, où il « se fait regarder », c'est-à-dire trouve le plaisir d'être en relation avec l'Autre. Nous voyons bien ici se déployer toutes les compétences communicationnelles de ce bébé et son appétence relationnelle. Ses modalités expressives sont variées : regards, postures, gestes, vocalisations. On voit aussi comment il peut nourrir l'échange, en ajoutant ses productions corporelles langagières en prenant une réelle place d'interlocuteur. Nous le voyons aussi être provocateur pour relancer le dialogue avec le Dr Favrot.

Quelques minutes plus tard, dans la consultation, le Dr Favrot questionne la maman au sujet des examens pré-implantatoires. La maman énumère tous les examens qui ont été réalisés et dont les résultats sont rassurants. Son regard se baisse à nouveau vers Oscar et son visage paraît soudain moins souriant, plus sombre. Son ton de voix diminue au fil de sa phrase jusqu'à presque s'éteindre. Elle garde les commissures des lèvres relevées mais dans une expression de visage tendue, qui contraste avec sa mimique la minute précédente. S'ensuit un court instant de silence. Pendant ce temps, le visage d'Oscar devient pensif, sa posture change, il ne vocalise plus.

Puis la mère énonce « on nous a encore repoussé la date d'implant... ». Au même instant, Oscar se redresse, il tend la main avec la girafe sur le côté en la regardant, puis il ouvre les doigts et lâche la girafe qui tombe au sol. Puis ses deux jambes partent en avant et il glisse légèrement du giron. La chute du jouet perturbe un moment le cours de la séance : il entraîne le déplacement du Dr Favrot pour ramasser et nettoyer le jouet, et la personne qui filme doit poser un instant la caméra pour se rapprocher d'Oscar. On comprendra dans la suite des propos de la mère à quel point cette nouvelle l'affecte et vient déstabiliser l'équilibre familial.

La dimension de partage émotionnel est évidemment présente. Installé contre sa mère, Oscar peut ressentir le changement tonico-postural de sa mère traversée par l'émotion. Mais cette séquence va au-delà du dialogue tonique ou d'un mouvement d'empathie. Le geste d'Oscar est intentionnel et adressé. Il est un véritable énoncé langagier, à valeur symbolique. Il prend réellement part à cet échange sur un mode langagier et son énoncé vient traduire son interprétation des faits : « On nous a laissé tomber »!

Cette vignette clinique nous a fait réfléchir à la théorie de la parole pleine, parole vide, au circuit de la parole et sur la question du parlêtre proposé par Lacan dans le séminaire X.

La surdité n'empêche pas le bébé d'être en place de parlêtre sans attendre l'apprentissage d'une langue.

La chute de la girafe et l'énoncé de la maman arrivent au même moment. Traduisant le sentiment « on nous a laissé tomber ». La chute de la girafe a valeur d'énonciation, venant donner un poids symbolique à l'énoncé de la maman. Il semble qu'avant même l'énonciation, Oscar a déjà ressenti le vécu préconscient de la maman, car il s'ajuste un peu sur le plan tonico-postural.

A partir de Lacan, on peut supposer que la surdité du bébé ne l'empêche pas d'être en place de sujet dans le champ de l'invocation. Ainsi, dans le cas que nous avons relevé, il prend son tour de « parole » (qui peut se traduire par une attitude, un geste, une vocalisation) à un moment particulièrement important. Cette pulsion invocante est étroitement liée à la nature intersubjective de l'existence humaine. Lacan souligne que nous sommes fondamentalement des êtres de langage et que notre identité et notre désir sont profondément orientés par la recherche de liens aux autres. La pulsion invocante représente donc la tentative du sujet de se constituer en tant qu'individu à travers la reconnaissance de l'autre. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que ce qui est en jeu à ce moment-là est la fonction de reconnaissance, la parole dans sa fonction de reconnaissance.

B. L'intersubjectivité secondaire

1. L'attention conjointe du bébé sourd

Dans la prise en soins du bébé sourd est souvent observée la mise en place des pré-requis à la communication, dont l'attention conjointe, indicateur clé de la capacité du bébé à partager son expérience avec l'autre, et à se représenter le point de vue de l'autre dans l'interaction, pré-requis des compétences sociales. Cette capacité d'attention partagée s'enracine dans les échanges dyadiques du premier semestre de vie, avant qu'une triangulation des échanges émerge progressivement vers l'âge de 9 mois. Les échanges triadiques vont s'enrichir et se complexifier (suivi du regard, pointages), l'attention conjointe s'installant vers 18 mois (Aubineau, Vandromme et Le Driant, 2015).

Il est fréquemment avancé que cette compétence spécifique serait plus complexe à acquérir pour les bébés sourds en raison de la difficulté de percevoir simultanément l'objet d'attention et les informations verbales de l'adulte, nécessitant un partage de l'attention visuelle. Smith et McCurray (2018) observent d'ailleurs un « palier » de la temporalité des échanges vers l'âge de 9 mois, en cohérence avec ce constat. La littérature rend compte de l'intrication de plusieurs facteurs dans la mise en place des compétences socio-cognitives de l'enfant sourd.

La surdité en elle-même ne fragilise pas la mise en place d'une intersubjectivité secondaire. Il a été démontré que le développement socio-cognitif des enfants sourds de parents sourds signants suit une trajectoire typique (Loots et Devisé, 2003). Les bébés sourds de parents sourds vont déployer des compétences d'attention visuelle supérieures (Brooks et al., 2020), et développer une sensibilité spécifique leur permettant de se saisir de tous les indices apportés par le parent dans ces moments d'échange (Lieberman, Hatrak et Mayberry, 2014). Les parents sourds vont avoir recours spontanément à des stratégies pour favoriser un rapprochement entre l'objet d'attention et le message verbal et s'attendre à ce que le bébé capte les informations dans un champ visuel élargi (Roos, Cramer et Falkman, 2016).

Le constat est plus partagé pour les bébés sourds de parents entendants (Loots et Devisé, 2003 ; Aubineau, Vandromme, Le Driant, 2017). L'accès à une intersubjectivité secondaire semble soumettre le bébé sourd de parents entendants à de nouveaux défis

(Mc Gowan et al., 2021). Si ses parents s'adaptent bien à ses besoins de communication, la quantité de moments d'attention conjointe resterait moindre que dans les dyades entendantes (Depowski, 2015). La réussite et le maintien de ces moments de partage semblent dépendre de son intentionnalité et de sa capacité à initier, maintenir, et relancer les échanges (Harris et Chasin, 2005 ; Aubineau, 2016). Ainsi, les enfants sourds de parents entendants poursuivent leur développement intersubjectif avec plus ou moins de fluidité, selon les obstacles relationnels à surmonter et les appuis sensoriels et humains qu'ils saisissent à leur portée. Néanmoins une étude récente se basant sur l'eye-tracking retrouve des similarités dans les patterns d'attention conjointe des jeunes enfants sourds implantés et entendants (Monroy, Houston et Yu, 2021). Cela souligne les bénéfices du soutien et des remédiations apportées dès le diagnostic pour favoriser le développement des compétences sociales des bébés sourds.

2. Les compétences socio-communicationnelles du bébé sourd

Nous avons vu que le bébé porteur d'une surdité va utiliser toutes ses compétences pour créer des relations de manière multimodale avec son environnement. Les effets « en cascade » du déploiement de son intentionnalité sont décrits par Roberts et Hamptons (2018) qui ont étudié de manière longitudinale l'influence réciproque des initiatives du bébé (gestuelle préverbale, vocalisations, mots) et de la mère (sensibilité, stimulation), entre l'âge de 6 et 18 mois. Suivant un modèle transactionnel, ils croisent ces facteurs en étudiant leur corrélation selon l'avancée en âge et comparent avec un groupe contrôle entendant. Leurs résultats suggèrent que les compétences langagières préverbales du bébé sourd sont liées au développement ultérieur de la langue orale par un système de boucles rétroactives : les initiatives communicationnelles du nourrisson influent sur la sensibilité maternelle, qui va être associée en retour au langage gestuel et aux vocalisations du bébé, ce qui favorise les stimulations maternelles et mène, à terme, à de meilleures compétences verbales et vocales pour le jeune enfant sourd. Ainsi, l'intentionnalité du bébé sourd favorise le passage d'une communication pré-linguistique à un niveau linguistique.

Ils ajoutent qu'ils ne trouvent pas d'effet significatif de la surdité du bébé sur la sensibilité maternelle. C'est également le cas dans l'étude de Stika et al. (2015) qui ont évalué à l'âge de 12 et 18 mois le développement global de 28 jeunes enfants porteurs de

surdités moyennes ou sévères, appareillés dès l'âge de 5 mois. Ils retrouvent un développement comparable à celui du groupe contrôle entendant. Les compétences socio-communicationnelles du bébé sont associées au sentiment de compétences parentales.

Les ressources parentales sont impactées par les compétences du bébé et par la manière dont il va parvenir à les mobiliser. Hintermair (2006, 2017) rapporte que les parents les plus significativement stressés sont ceux dont l'enfant présente d'autres troubles combinés à la surdité. Ce sont bien les compétences communicatives multimodales du bébé sourd, soit l'absence de difficultés associées à la surdité, qui représentent le principal facteur prédictif du développement socio-émotionnel de l'enfant sourd (Hintermair, 2017), indépendamment de la modalité linguistique adoptée (orale ou signée). Shield et al. (2016) ont d'ailleurs démontré que les enfants sourds avec TSA natifs de parents sourds signants rencontrent les mêmes difficultés que les enfants normo-entendants TSA de parents entendants.

Ainsi, la présence et le déploiement de ces compétences doivent pouvoir être évalués et le cas échéant soutenus, dès le diagnostic de surdité. Car il existe des facteurs de risque de troubles du neuro-développement communs à la surdité congénitale. C'est ce que nous démontre la recherche pilote EnTNDre, initiée par le Docteur Claire Favrot-Meunier et le Professeur Natalie Loundon, à partir des travaux préliminaires menés sur la cohorte de bébés sourds, dans le cadre d'un partenariat entre le service ORL de l'hôpital Necker et le CMP UTES, qui a permis une analyse des facteurs de risques de troubles du neuro-développement dans une cohorte de bébés sourds de moins de 10 mois, reçus dès le diagnostic (Akrich et al., 2022).

Conclusion

Considérer l'intentionnalité des bébés sourds nous permet de reconnaître un sujet sourd désirant et de parier sur ses compétences pour relever les défis que son désir mettra sur sa route. Ceux-ci seront évidemment singuliers selon chaque bébé, l'environnement dans lequel il vient au monde, et selon ses possibilités de mobiliser tous ses « savoirs » pour y faire face (Parlato-Oliveira, 2022). Les recherches récentes nous éclairent sur le renouveau de ces défis, avec les évolutions de soins et d'accompagnement depuis l'avancée de l'âge de diagnostic. Pour le bébé sourd, ceux-ci seront différents selon le statut auditif de ses parents, son propre degré de surdité, ou les facteurs de risque neuro-développementaux associés à la surdité.

Le bébé sourd de parents entendants fait face à plusieurs défis dans les premières étapes de sa construction psychique, que sont : établir des liens étroits avec ses parents, qui ont un vécu sensoriel différent du sien, dans un contexte psycho-affectif traumatogène, engager son regard et mettre en place des stratégies de compensation visuelle au sein de ses premiers liens, développer une attention conjointe lui permettant d'enrichir ses relations avec d'autres, avec qui échanger dans une langue commune.

Ainsi, dans une situation où ce bébé sourd peut déployer ses compétences motrices et corporelles pour s'adresser à l'autre et déployer son intentionnalité, établir des liens pulsionnels avec ses parents, et où des soins adaptés sont proposés dès le diagnostic, la plupart des bébés sourds va pouvoir surmonter ces défis, tirer profit des aides techniques et humaines apportées pour poursuivre le plus favorablement possible leur développement.

Si les hypothèses de recherches en lien avec les enjeux du développement psychologique de l'enfant sourd ont souvent été formulées au prisme de la surdité, les évolutions de la réalité clinique et les avancées de la recherche dans le champ du bébé et des mécanismes de l'intersubjectivité nous permettent de présenter ici un bébé sourd compétent, actif, à l'initiative de la rencontre avec l'autre.

III. LE BEBE SOURD AVEC TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

Par ailleurs, près d'un tiers des enfants sourds présente des difficultés associées, qui impactent de manière complexe le développement global de l'enfant sourd et les bénéfices des soins précoces (Chilosi et al., 2010 ; Corralès et Oghalaï, 2013). Cela est un constat largement partagé par les acteurs de la surdité, cliniciens et chercheurs. Nous allons présenter une synthèse des travaux que nous avons retrouvés, qui tentent de définir et d'éclairer ce sujet sous divers aspects.

A. Epidémiologie

Environ 30% des enfants sourds présentent des difficultés associées (Chilosi et al., 2010 ; Corralès et Oghalaï, 2013). Les chiffres retrouvés varient selon le type d'atteinte associée considérée. Environ la moitié des enfants sourds ont une atteinte vestibulaire associée (Lecervoisière, 2010). De 2 à 9% des enfants sourds présentent des troubles autistiques selon les auteurs (Szymanski et al., 2012 ; Do et al., 2017). Les troubles associés à la surdité ont majoritairement une étiologie commune avec la surdité, et constituent des facteurs de risque de troubles du neuro-développement pouvant entraver la construction psychique précoce du bébé sourd. En effet, nous l'avons vu, si la surdité isolée n'empêche pas le bébé d'investir les autres modalités sensorielles pour établir des relations de plaisir avec ses parents et accéder à l'intersubjectivité, la situation devient beaucoup plus complexe en cas d'atteintes plurielles.

B. Étiologies

Parmi les étiologies on retrouve les syndromes qui comportent aussi une atteinte auditive (cités en amont), mais également les étiologies infectieuses (CMV) et les complications périnatales (anoxie, prématurité) (Szarkowski et al., 2014). Des atteintes cérébrales sont également fréquemment retrouvées. Pour Hindley (2005) les enfants dont la surdité est causée par des facteurs qui entraînent également des lésions cérébrales sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, plus particulièrement les TSA et TDAH. En 2010, l'étude de Chilosi et al. démontre que la fréquence et le type de

troubles associés sont liés à l'étiologie de la surdité. Ils retrouvent que le risque de trouble associé à la surdité est mineur en cas de surdité héréditaire non syndromique, ou d'étiologie inconnue. Toutefois environ 1/3 des enfants avec une surdité héréditaire non syndromique (telle que la connexine 26) présentent tout de même des troubles associés. Par ailleurs, le risque d'atteintes associées multiples est élevé en cas de surdité syndromique, de facteurs périnataux associées et de lésions cérébrales importantes visibles à l'IRM. A l'exception cependant des enfants porteurs de TSA, dans la mesure où, dans leur échantillon, la plupart des enfants sourds avec TSA avaient une IRM cérébrale normale. Chilosi et al. (2010) insistent sur la nécessité d'une évaluation spécifique pour ces enfants dans la mesure où il n'y a pas toujours de marqueurs ou de traces biologiques objectivables. Les étiologies environnementales intervenues pendant la grossesse (CMV, méningite...) sont plus souvent liées pour les cas d'enfants sourds avec autisme (Szymanski, et al. 2012).

Ainsi, il existe des facteurs de risques communs de TND et de surdité. Parmi ceux-ci on retrouve des facteurs périnataux, génétiques ou environnementaux qui exposent les bébés à une accumulation de risques dans leur neuro-développement, pouvant entraîner des combinaisons de troubles, ce qui en démultiplie les effets.

C. Les troubles vestibulaires

Pour des raisons anatomiques, les troubles vestibulaires sont fréquemment associés à la surdité, l'organe du vestibule se trouvant dans l'oreille interne. Plusieurs pathologies peuvent toucher à la fois l'audition et l'appareil vestibulaire.

Le vestibule est composé des canaux semi-circulaires et des organes otolithiques qui renseignent respectivement sur la perception des mouvements dans les 3 plans de l'espace et sur la sensation de gravité (fil à plomb). Souvent présenté comme un 7ème sens, le vestibule apporte des informations importantes permettant la construction de l'équilibre, la régulation tonique et la représentation du corps dans l'espace. C'est donc un organe clé dans le développement posturo-moteur du bébé.

Les déficits vestibulaires concernent environ 60% des enfants sourds (Wiener-Vacher et Lecervoisière, 2012 ; Sansous et Dellavalle, 2022), sont très décrits et connus des professionnels impliqués dans la prise en soins des enfants sourds. En cas d'étiologie à

cytomégalovirus (CMV) l'atteinte vestibulaire est associée dans presque tous les cas (92%) à différents degrés d'atteinte : complète et bilatérale dans 33% des cas, partielle et bilatérale dans 43% des cas, partielle et unilatérale pour 23% des enfants (Bernard et al. 2015).

Le déficit vestibulaire peut être canalaire ou otolithique, partiel ou total, uni ou bilatéral. Les répercussions seront variables selon le type et le degré de l'atteinte. Les informations apportées par le vestibule sont traitées conjointement avec les perceptions visuelles et proprioceptives.

Le bébé qui a une atteinte vestibulaire peut poursuivre son développement psychomoteur, mais cela nécessitera pour lui d'investir les moyens de compensation visuels et proprioceptifs. Cela représente un « coût » pour le bébé, et son évolution dans les étapes classiques du développement pourra en être décalée.

Les conséquences dans les deux premières années de vie seront une hypotonie axiale (tenue de tête après 3 mois), une intolérance aux mouvements, des difficultés de régulation tonique et un retard des acquisitions psychomotrices (tenue assise après 9 mois, marche au-delà de 18 mois) (Lecervoisié, 2010).

Il a été décrit que les bébés qui présentent ce type d'atteinte peuvent manifester des réactions d'inconfort dans certaines situations posturales, qui peuvent être difficiles à interpréter pour leur entourage. Au quotidien, les bercements, au lieu de favoriser l'apaisement, renforcent les pleurs. Les balancements, rotations et retournements vont amener un vécu de déstabilisation qui ne sera pas tout de suite compensé par les informations visuelles et proprioceptives.

Cela peut entraîner un déficit de régulation tonique, compensé de manière réactionnelle par une hypertonie permettant au bébé de contenir son corps, ou au contraire une hypotonie axiale avec retard de tenue de tête. Le bébé peut avoir besoin de plus de temps pour retrouver des repères visuels stables lorsque lui-même ou son environnement est en mouvement. Certains bébés avec déficit vestibulaire vont rechercher des ancrages proprioceptifs très stables et avoir besoin de temps pour s'adapter en cas de changement d'installation. Ils peuvent alors apparaître comme très passifs, gardant leurs appuis au sol. Certains vont mettre du temps à s'orienter et

stabiliser leur regard vers l'objet de leur attention, ce qui peut interférer dans les premiers échanges de regard dans la dyade. D'autres vont rechercher dans le mouvement et le tourbillon incessant un moyen de compenser le déficit d'informations, à la manière du cycliste qui a besoin de rouler pour garder son point d'équilibre. Toutes ces situations peuvent engendrer une fatigabilité supplémentaire pour le bébé sourd, qui doit mobiliser ses moyens de compensation à plusieurs titres. L'inconfort postural du bébé peut créer des « malentendus » et avoir des répercussions au quotidien dans les occasions d'échanges du bébé avec son parent (change, bercement, contact œil à œil...). Tout ceci engendre une grande fatigabilité. Il est donc nécessaire de bien repérer ces difficultés pour soutenir les ajustements et adaptations au rythme du bébé.

A plus long terme, il a été décrit des conséquences sur le schéma corporel, la latéralité, l'organisation spatiale et rythmique. Ce type de trouble peut avoir des effets en cascade sur le neuro-développement du bébé, risquant d'aggraver ou de favoriser l'installation de troubles cognitifs et langagiers. (Lecervoisière, 2010)

D. Les troubles visuels et neurovisuels

La vision est l'une des suppléances sensorielles privilégiée en cas de surdité ; ainsi les atteintes de la fonction visuelle vont avoir un retentissement particulier dans le développement de l'enfant sourd. Les troubles visuels sont d'origine périphérique par opposition aux troubles neurovisuels dont l'origine est centrale. On peut trouver ces deux types d'atteintes, ou encore des troubles mixtes, associés à la surdité (Challe, 2005).

Plusieurs syndromes impliquent des atteintes sensorielles multiples, notamment visuelles et neurovisuelles.

C'est le cas notamment des enfants porteurs d'un syndrome C.H.A.R.G.E., qui est un syndrome génétique rare responsable de malformations congénitales (cardiaque, urogénitale, faciale, digestive, squelettique), d'atteintes somatiques (respiratoire, alimentaire, retard de croissance) et sensorielles (visuelle, auditive, vestibulaire, olfactive). L'acronyme (en anglais) synthétise la combinaison des atteintes qui amènent au diagnostic de ce syndrome, à savoir : un colobome rétinien (ou microphthalmie), une aréflexie vestibulaire, une surdité et une atteinte olfactive et gustative (atrésie des choanes). Les enfants porteurs du syndrome CHARGE peuvent présenter différentes

associations d'atteintes, chacune pouvant être de gravité variable, induisant une grande hétérogénéité clinique (Hamiaux, 2016). Les enfants qui présentent un syndrome CHARGE rencontrent donc des difficultés variables dans leur développement, et la présentation clinique de cette population est hétérogène. Dans l'ensemble l'intrication de ces atteintes multiples a des répercussions importantes sur le développement global de l'enfant. On retrouve de façon quasi constante des difficultés de développement et des troubles du comportement de type autistique. C'est le cas de 50% de la population étudiée par Hamiaux (2016), dont 1/3 ont un diagnostic d'autisme établi. La symptomatologie autistique est fréquente dans la population avec un syndrome CHARGE et le diagnostic différentiel requiert une évaluation fine et spécifique (Abadie et al., 2020).

Le syndrome de USHER est une maladie génétique qui associe une surdité et une atteinte rétinienne dégénérative (rétinopathie pigmentaire). Il y a plusieurs types de syndrome de Usher, classés en fonction du degré de surdité et de l'âge de début de la rétinite pigmentaire. Dans le cas du type 1, il touche environ 1 individu sur 25000 et il représente environ 6 % des surdités congénitales. Dans ce cas, les premières manifestations visuelles apparaissent précocement (entre 10 et 20 ans). Dans le cas du type 2, elles débutent plus tardivement, et de manière très progressive. Les conséquences deviennent gênantes aux alentours de 25-30 ans et sont moins invalidantes. Les premiers symptômes se traduisent par une gêne dès que la luminosité baisse, une réduction du champ visuel et une baisse de l'acuité visuelle. (CRESAM, 2001). Il existe d'autres syndromes mais ces deux-là sont les plus fréquemment décrits et rencontrés dans la clinique.

E. Effet cumulatif de la surdité et des facteurs de risque de TND

Le bébé, sourd ou entendant, s'il présente des facteurs de risque de TND, doit surmonter différents obstacles dans son développement initial. Nous l'avons décrit précédemment, il existe des facteurs de risque communs de TND et de surdité. Les étiologies fréquemment rencontrées dans les situations de surdité peuvent être pourvoyeuses d'atteintes plurielles, dont la combinaison provoque des conséquences cumulatives ayant des effets « en cascade » sur le neurodéveloppement. Les atteintes neuromotrices, vestibulaires, visuelles rendent d'autant plus complexe le « déménagement pulsionnel » (Meynard, 2014) qui permet l'investissement des différentes

sensorialités et le déploiement des suppléances sensorielles. Une atteinte vestibulaire ou neuromotrice aura un impact sur la sensori-motricité du bébé sourd, avec un retentissement dans le portage, le bercement, les moments de change, et la pulsion motrice dans l'établissement des premières boucles pulsionnelles. Les atteintes visuelles associées seront un obstacle à l'investissement des échanges de regards du bébé avec son parent, et à la mise en place d'une suppléance visuelle, dans la mise en place de l'intersubjectivité. Des irritabilités tactiles peuvent empêcher le bébé sourd de se faire bercer, caresser, cajoler, et de profiter des informations données dans le toucher. Des atteintes olfactives et gustatives, ou des troubles de l'oralité vont empêcher le plaisir oral et impacter la mise en place des boucles relationnelles dans les situations de nourrissage. On voit donc comment les troubles associés à la surdité ont un retentissement important, quotidien, à chaque moment de vie du tout-petit. Les trajectoires pulsionnelles vont être contrariées, et le plaisir dans la relation à l'autre sera soumis à des conditions plus complexes à réunir.

F. Autisme et surdité

Parmi les enfants sourds avec troubles associés ou facteurs de risque de TND, nous nous soucions plus particulièrement du développement des jeunes enfants sourds avec TSA. Il s'agit là d'enfants dont le tableau clinique développemental est complexe, avec des complications psychiatriques ayant des répercussions majeures dans tous les domaines de la vie de l'enfant.

Selon les études on retrouve des chiffres de prévalence de 2% (Szymanski et al., 2012) 4% (Meinzen-Derr et al., 2014) ou même à 9% (Do et al., 2017 ; Van Dam et Yoshinaga-Itano, 2019)

En 2012, Szymanski et son équipe de recherche analysent près de 38000 dossiers d'enfants sourds et retrouvent une plus grande occurrence d'étiologies de surdité en lien avec la grossesse (notamment infectieuse) que d'étiologies génétiques pour les enfants sourds avec autisme.

De même, d'autres chercheurs repèrent une plus grande prévalence de surdité dans la population d'enfants avec TSA, allant de 1 à 6 % selon les auteurs (Jure et al., 1991 ; Fitzpatrick et al., 2014 ; Rosenhall et al., 1999).

L'impact de ces atteintes associées dans le développement des jeunes enfants sourds a été régulièrement pris en compte par les équipes de recherche en ORL, notamment concernant l'aide qui peut être apportée et le bénéfice que les enfants avec troubles associés peuvent tirer des techniques de réhabilitation et de remédiation classiquement apportées. Il ressort de ces études que les enfants dont les atteintes cognitives sont mineures tirent un plus grand profit de l'IC (Cejas et al., 2015). Pour les enfants qui ont des atteintes associées plus sévères, les bénéfices de l'IC ne sont pas à attendre sur le plan du développement langagier, mais plutôt en termes d'alerte auditive et d'ouverture à l'environnement (Corralès et Oghalaï, 2013 ; Adrien, Esraghi et al., 2015).

G. La LSF dans la constitution psychique chez l'enfant sourd

On trouve, de manière sous-jacente à certaines études, un questionnement sur les liens qui pourraient exister entre la surdité et l'autisme, dans la mesure où les répercussions sur l'accès à la langue et à la cognition sociale (Théorie de l'Esprit) sont importantes dans ces deux circonstances (Courtin et Melot, 2006). En France les psychanalystes engagés dans la clinique en surdité (RAMSES) ont questionné les liens entre une carence d'accès au symbolique véhiculée par la langue et une fragilisation des processus de subjectivation chez le très jeune enfant sourd de parents entendants (Farges, 1998). Plus récemment, en psychologie cognitive, on trouve le concept de « syndrome de privation langagière » (Mancino³⁰, Lemenuel³¹) qui considèrent que l'enfant sourd est « privé de langue » dans les premières années de sa vie, ce qui impacte son développement cérébral et le développement de sa cognition sociale.

Suivant cette théorie, la question de l'accès à la LSF en deviendrait la clé de lecture principale expliquant les fragilités de constitution psychique du jeune enfant sourd, et l'exposition à la LSF le seul moyen qui permettrait d'introduire le bébé sourd au registre signifiant par une langue « naturelle ». Toutefois, nous avons vu que le langage et la langue ne doivent pas être confondus et que le bébé sourd accède au registre signifiant par le biais d'une pulsion invocante multimodale. Ainsi, si l'accès à la langue signée est d'une

³⁰ <https://www.sourds.net/2021/11/05/portrait-pam-27-aurelien/>

³¹ <https://www.youtube.com/watch?v=RqQPK-byhow&t=1057s>

grande richesse, souvent utile et nécessaire pour les enfants sourds, il est réducteur de considérer la construction psychique du bébé sourd sous ce seul éclairage.

Ces conceptions rejoignent en partie les positions militantes historiques qui défendent l'usage des langues signées dans la communauté Sourde. Interdite en France pendant près d'un siècle depuis le congrès de Milan (1880), la LSF est aujourd'hui mise à mal par les améliorations techniques prothétiques favorisant l'accès à la langue orale pour les jeunes sourds. Ces enjeux militants sont parfois présents en toile de fond dans la littérature scientifique et les écrits théoriques.

Cependant, à l'heure actuelle, les avancées de la recherche concernant la problématique de surdité et les TSA mettent surtout en cause les facteurs de risque et atteintes associées à la surdité. Shield et al. (2016) ont comparé, dans une population d'enfants natifs de parents sourds signants, le développement du langage et de la cognition sociale pour un premier groupe d'enfants au développement « typique », et pour un second groupe d'enfants au développement « avec TSA ». Ils démontrent que, malgré l'exposition à une langue maternelle signée, les enfants avec un TSA issus de parents sourds signants rencontrent les mêmes difficultés d'accès au langage et à la cognition sociale que les enfants avec un TSA de parents entendants. Si la langue signée représente indéniablement un soutien précieux dans la communication du bébé sourd avec ses parents entendants, et une réelle inscription filiale et culturelle pour les enfants de parents sourds signants, ce n'est pas la modalité de langue qui est en cause dans les fragilités relationnelles et sociales des enfants sourds avec TSA.

En effet, les enjeux des processus de subjectivation pour l'enfant sourd avec TND se situent sur un autre plan, en amont du choix de la langue, dans ce qui constitue l'intersubjectivité primaire (premier semestre de vie). Loin de nier le bénéfice de l'apport de la LSF dans le développement des jeunes enfants sourds, nous cherchons à distinguer cette question des enjeux des processus de subjectivation au sein de cette population très hétérogène. Notamment les connaissances actuelles sur le neuro-développement soulignent le rôle des perturbations des schémas moteurs chez le bébé dans la mise en place des TND, par un effet en cascade (Trevorthen et Delafield-Butt, 2016 ; Muratori, 2022 ; Douglas, 2019).

Concernant la place de la langue dans ces processus, Parlato-Oliveira (2022) nous rappelle que « le langage est la condition pour la construction de la langue ». Le langage du bébé s'inscrit d'abord dans son corps, sous forme multimodale, avant l'accès à une langue (gestuelle ou orale), qui peut se définir comme un code. Ainsi, quelle que soit la langue dans laquelle « baigne » le bébé sourd, un facteur de risque de TND associé peut venir altérer son expressivité corporelle et impacter son développement relationnel et langagier.

H. Les outils de dépistage et de diagnostic de TSA en surdité infantile

L'identification précoce des troubles du neuro-développement (TND) associés à la surdité est donc un enjeu majeur concernant le devenir des enfants concernés. Comme nous l'avons mentionné précédemment, plusieurs recherches ont mis en évidence les facteurs de risque associés liés à une étiologie commune avec la surdité (syndrome, infection CMV, facteur périnatal...) (Van Dam et Yoshinaga-Itano, 2019). La co-occurrence de surdité et d'autisme entraîne fréquemment un retard dans le diagnostic (âge moyen de diagnostic 5 ans 5 mois) (Szymanski, 2012 ; Meinzen-Derr, 2014 ; Mandell et al., 2005 ; Roper et al., 2003 ; Van Dam et Yoshinaga-Itano, 2019). En effet, des similarités dans la présentation sémiologique peuvent dans un premier temps masquer l'identification spécifique des troubles, touchant principalement les compétences langagières. Or, les facteurs en jeu concernant l'accès à la langue ne doivent pas être confondus. Une double expertise clinique est requise ainsi que des outils de diagnostic de TSA valides en population sourde, ce qui n'était pas encore le cas jusqu'à très récemment. Ce retard dans l'identification des TSA chez l'enfant sourd peut altérer le pronostic développemental, et majorer l'expression clinique de ces troubles. Les symptômes sont en effet plus sévères en cas de surdité associée à un TSA ou à un TND (Burns et al., 2016).

Voici un résumé des différentes études scientifiques qui se sont penchées sur cette question au cours de la dernière décennie.

En 2011, Worley, Matson et Kozlowski concluent à la validité de l'utilisation du BISCUIT (Baby and Infant Screen for Children with aUtlism Traits, Matson et al., 2009),

batterie d'évaluation applicable de 17 à 37 mois pour discriminer les signes autistiques des troubles liés à la surdité.

Meinzen-Derr, Wiley, Phillips, Altaye et Choo (2017) ont cherché à mettre en corrélation les résultats d'une évaluation pédiatrique avant 3 ans à l'échelle de Gesell avec les scores d'intelligence non verbaux évalués à l'aide de la Leiter International Performance Scale-Revised, pour pouvoir évaluer les retards de développement chez les enfants sourds entre 3 et 6 ans.

En 2019, Van Dam et Yoshinaga-Itano présentent un état des lieux des recherches faites grâce à un outil d'analyse automatisée des productions vocales (LENA ; Language Autism Screen (LLAS)) dans le but d'évaluer l'intérêt de son utilisation pour le diagnostic différentiel des TSA chez les enfants sourds.

En Angleterre, Wright et al. (2020) ont proposé une adaptation de l'échelle de réciprocité sociale (SRS-2 Deaf Adaptation) en British Sign Language (BSL) pour valider son usage avec une population sourde. Ils retrouvent des performances équivalentes aux outils utilisés avec une population entendante.

Très récemment, en 2022, cette même équipe de recherche publie une étude validant l'adaptation pour une population sourde de deux outils de références concernant le diagnostic d'autisme que sont l'ADOS-2 et l'ADI-R (Phillips et al., 2022).

Cela représente une avancée majeure pour le dépistage des TSA dans la population sourde. Cependant, ces outils permettent d'obtenir un diagnostic à partir de l'âge de 18 mois, ce qui reste relativement tardif au regard des connaissances actuelles sur l'apparition des signes précurseurs de fragilité neuro-développementale dans le premier semestre de vie (Douglas, 2019), comme nous l'avons développé dans le premier chapitre.

Les travaux sur l'eye-tracking ont permis de mettre en évidence des perturbations des schémas de regard chez les bébés à devenir autistique dès les premiers mois de vie (Jones et Klin, 2013). Par ailleurs, la part des anomalies motrices dans la mise en place des troubles autistiques a été largement démontrée (Flanagan, 2012 ; Trevarthen et Delafield-Butt, 2016 ; Muratori, 2016). Récemment, a également été montré l'implication de la qualité des mouvements généraux du bébé dans son engagement relationnel (Hadders-

Algra, 2003 ; Orna Lev Enacab, 2022), et mis en lien avec les troubles du neuro-développement (Phagava et al., 2008 ; Zappella et al., 2015 ; Doi et al., 2022)

Ainsi, Jones et Johnson (2016) préconisent de s'intéresser aux mécanismes d'installation des troubles relationnels pour pouvoir intervenir le plus tôt possible, en amont du diagnostic, alors que la plasticité cérébrale permet d'influer la trajectoire développementale du bébé. Ils soutiennent une approche novatrice pouvant allier clinique et recherche, nécessitant de mener des études prospectives longitudinales pour des enfants « à risque ». Nous nous sommes intéressée à la population spécifique des bébés sourds.

IV. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE DE LA COHORTE

Tout d'abord, nous pouvons résumer comme suit les différents constats cliniques et théoriques menant à la mise en place de cette recherche. En premier lieu le constat clinique partagé qu'une part importante d'enfants sourds présente des tableaux cliniques complexes, avec des troubles associés pouvant mener à des complications psychiatriques sévères (Corralès et Olghaläi, 2013 ; Chilosi et al., 2010). Puis, nous l'avons présenté dans la première partie de cette thèse, le modèle du neuro-développement permet d'envisager les TSA en tant que TND, dont la sévérité sera fonction de l'interaction réciproque et combinée des facteurs de risque et de l'environnement (Douglas, 2019). Par ailleurs, les recherches récentes permettent de repérer dès le premier semestre de vie des signes d'alerte de TND concernant l'appétence relationnelle du bébé (Olliac et al., 2017 ; Muratori, 2012). Enfin, il est possible d'infléchir la trajectoire développementale du bébé en intervenant dès les premiers signes de vulnérabilité psychique, tel que le propose la démarche RIEPPI. Ainsi, à l'initiative du Docteur Claire Favrot-Meunier, pédopsychiatre à l'UTES, s'est construit le projet de mener une étude prospective observationnelle d'une cohorte de bébés diagnostiqués sourds, afin de mieux identifier et prévenir les risques de troubles du neuro-développement associés à la surdité.

A. Cadre de la recherche

1. Le partenariat UTES-Necker

Ce projet s'est inscrit dans le cadre d'un partenariat entre le CMP UTES (Unité Thérapeutique pour Enfants Sourds) et le service ORL de l'hôpital Necker, coordonné conjointement par le Dr Favrot-Meunier (pédopsychiatre UTES) et le Pr Natalie Loundon (Service Oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Necker- Enfants malades).

De ce partenariat est née la recherche pilote EnTNDre, qui a été approuvée par le Comité d'Éthique de la Recherche Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (CERAPHP, code projet : APHP220048), sous la responsabilité scientifique de Mme Salomé Akrich. La publication finale des résultats propose une analyse qualitative des facteurs de risque de troubles du neuro-développement chez des bébés de moins de dix mois, atteints de surdité congénitale (Akrich et al., 2023) (voir annexes).

2. Hypothèse de travail

L'hypothèse principale de cette étude est que les connaissances actuelles sur les TND apportent un éclairage sur les facteurs en jeu dans le neuro-développement des bébés sourds. La constitution d'une cohorte et l'analyse du matériel recueilli lors des consultations filmées permettra de dégager des profils développementaux parmi les bébés sourds tout-venants adressés à cette consultation. Ainsi il sera possible de repérer et d'identifier précocement des signes d'alerte de TND associés à la surdité chez le bébé.

Après avoir présenté le dispositif mis en œuvre dans le cadre du partenariat, nous proposons d'exposer les étapes de travail préalables de cette recherche à partir de la constitution de cette cohorte.

3. Le groupe de recherche

Des travaux exploratoires ont débuté au sein d'un groupe de recherche qui s'est réuni très régulièrement, chaque mois, entre janvier 2019 et juillet 2021, coordonné par le Dr Claire Favrot-Meunier et le Pr Erika Parlato-Oliveira. Le groupe était constitué de professionnels spécialistes du domaine de la surdité et des TND (pédopsychiatre, psychologues, psychanalystes, psychomotricienne formée à l'approche Bullinger). Nous avons pris une part active dans ce groupe et restituons ici les étapes de travail préalables de cette recherche.

Au-delà des hypothèses de recherche, l'élaboration au sein de ce groupe a permis de soulever des questionnements théorico-cliniques riches concernant le développement psychique du bébé sourd. Nous avons présenté une réflexion, menée à partir de l'étude de cette cohorte, sur les compétences et les appétences des nourrissons sourds pour la communication et la parole, malgré le déficit auditif et l'absence provisoire de langue (Favrot-Meunier et al., 2019, 2020). Ces travaux exploratoires ont contribué à nourrir notre réflexion dans notre parcours de recherche.

4. Notre participation

Notre thèse s'est inscrite dans ce groupe de recherche, auquel nous avons pris une part active. Ainsi, nous avons pu contribuer à la réflexion théorique et clinique aux premiers temps de cette recherche par.:

- La constitution d'une base bibliographique internationale³² visant à recenser les publications et études au carrefour des 3 thèmes principaux que sont : surdité, autisme (TSA, TND), bébé (0-3 ans). Les recherches ont été effectuées sur diff erents moteurs de recherches (Google scholar, BU, Pubmed, Cairn...). Les principaux mots clés utilisés ont été exploités en français et en anglais : Bébé, surdité, TSA, TND, intersubjectivité, neuro-développement, interactions précoces, ...
- Le visionnage exhaustif des films de consultations.
- La micro-analyse de séquences de consultation.
- La cotation de la grille Olliac-Préaut d'après les vidéos de consultation.
- La formalisation de la première catégorisation développementale, d'après les critères d'observation.
- La contribution à la rédaction d'articles et de présentations des premières avancées de cette recherche (voir annexes).

5. Méthodologie des travaux préalables

Pour cette recherche issue et ancrée au cœur de la clinique, nous verrons que les étapes préalables de cette recherche ont progressé suivant un raisonnement par abduction. Appliqué à la recherche scientifique, ce raisonnement permet de progresser par une articulation entre la déduction et l'induction. Ce procédé fécond est particulièrement adapté à la recherche en psychopathologie, dans le sens où elle permet, par un mouvement de va-et-vient entre les hypothèses et les données recueillies, d'avancer en restant au plus proche de l'objet de recherche (Gauld, 2019).

Ainsi, à partir des hypothèses formulées, nous avons procédé à une première analyse exploratoire du matériel recueilli, éclairée par notre référentiel théorico-clinique. Celle-ci donnant lieu à une première catégorisation. Dans un second temps nous avons pu sélectionner et tester la validité de cette première analyse au moyen d'un outil

³² En annexes sont présentés deux tableaux récapitulant les principales études publiées concernant les interactions du bébé sourd (0-18 mois).

scientifiquement validé (Olliac et al., 2017). Cela nous a permis de conforter nos hypothèses et de clarifier la catégorisation. Nous présenterons les conclusions qui se dégagent de l'analyse des données, et formulerons les questionnements ouvrant vers de nouvelles pistes de recherche.

B. Constitution de la cohorte

1. Une consultation de développement filmée au sein du service ORL

Un dispositif d'évaluation précoce du développement a été mis en place au sein du service d'audiophonologie de l'hôpital Necker-Enfants malades, à Paris. Une consultation conjointe pédopsychiatre (UTES) / psychologue (Service ORL) a été systématiquement proposée dans le cadre des rendez-vous et bilans qui suivent le diagnostic de surdité et précèdent l'implantation cochléaire. Le consentement signé des parents pour l'enregistrement vidéo de la consultation à des fins de clinique et de recherche ayant été recueilli en amont. Tous les bébés sourds, d'âge inférieur à 10 mois, filmés dans cette consultation ont été étudiés sans exclusion. Il s'agit d'une consultation au tapis, permettant une observation clinique globale du bébé, incluant la motricité spontanée du bébé ainsi que ses compétences relationnelles.

Les consultations filmées ont eu lieu entre mai 2018 et janvier 2020. La cohorte que nous avons étudiée est composée de 18 nourrissons sourds, âgés de 2 à 10 mois, porteurs de surdité bilatérale profonde ou sévère. Il y a 10 filles et 8 garçons. 13 bébés ont moins de 9 mois, et 5 bébés ont plus de 9 mois.

Nous considérons les bébés d'âge inférieur à 10 mois, en cohérence avec l'âge limite d'utilisation de la grille Olliac-Préaut (9 mois +/- 29 jours).

2. Les critères d'observation clinique en consultation

Les critères d'observation initiaux ont été basés sur l'examen clinique global réalisé lors de la consultation. Celle-ci s'appuie donc sur l'expertise clinique reconnue des professionnels en charge de ces consultations (pédopsychiatre de l'UTES et psychologue du service ORL). Elle consiste à observer globalement le développement du bébé, en tenant compte de la dimension relationnelle et des aspects posturo-moteurs.

Plus précisément, l'attention a été portée sur l'appétence relationnelle des bébés et leur capacité à initier et à s'engager activement dans des échanges avec leur parent ou l'examineur en s'exprimant de manière multimodale. En référence aux fondements théoriques de la grille Olliac-Préaut, sont attendues les initiatives relationnelles du bébé, son appétence au plaisir dans les échanges, et à l'intérêt spontané du bébé pour susciter de la joie chez l'autre. Ainsi est observée cliniquement la compétence relationnelle du bébé par la qualité du contact œil à œil, les regards, les sourires, les vocalisations, les mouvements et gestes adressés, la qualité et la durée des échanges.

Sont pris en compte également les aspects posturo-moteurs du bébé tels qu'ils se présentent spontanément dans les différents contextes d'installation de la consultation, que ce soit dans l'installation spontanée dans le giron du parent ou dans la poussette puis au tapis en motricité libre. Les critères d'appréciation clinique du développement moteur en rapport avec l'âge du bébé considèrent donc l'agitation psychomotrice (ou instabilité psychomotrice, lorsque le bébé ne parvient pas à ralentir son agitation pour s'intéresser, et maintenir son attention pendant quelques minutes, sur un objet, une partie de son corps, ou au regard de son interlocuteur) ; les comportements sensoriels inhabituels (tels que les agrippements visuels aux lumières et contrastes, des réactions inhabituelles aux stimuli, une hypo/hypersensibilité et une hypervigilance), les mouvements répétitifs (comportement moteur répété à l'identique) ; le retard des acquisitions psychomotrices (tenue de tête, tenue assise, retournement, enroulement du bassin, déplacement) ; les perturbations du tonus (notamment l'hypotonie globale, la difficulté à recruter le tonus pour enrichir sa motricité), les schémas d'hyperextension (ou l'opisthotonos, réaction d'hyper tonicité des muscles extenseurs de la chaîne dorsale, qui peut être adopté de manière répétée par un bébé douloureux et irritable sur le plan sensoriel et émotionnel, ce qui impacte le portage et l'établissement d'une relation contenantante et apaisante) et la qualité globale de la motricité (on se réfère ici à certaines atypies de la motricité, même en cas d'acquisitions motrices dans les temps, telles que les asymétries posturales, le caractère fluide, riche et harmonieux de la motricité).

En effet, nous avons mentionné en amont que les atypies motrices font partie des signes cliniques apparents de troubles du neuro-développement chez le bébé (Muratori, 2016, 2022 ; Delafield-Butt et Trevarthen, 2013). Ces perturbations ont des répercussions

en cascade sur le développement du bébé, notamment sur l'organisation de sa motricité pour initier la relation à l'autre (Delafield-Butt et Trevarthen, 2018).

Ainsi, de manière globale et qualitative, les professionnels consultants ont été attentifs à ces aspects croisés dans la consultation.

Le dispositif du partenariat, pensé sous forme de recherche-action, stipulait que les bébés observés devaient être orientés pour des bilans complémentaires spécialisés si nécessaire, afin que des soins adaptés soient proposés le cas échéant.

C. Catégorisation clinique des profils développementaux

1. Analyse des films

Les films ont été visionnés et micro-analysés au sein du groupe de recherche. Le groupe de recherche a permis de croiser les regards sur les observations cliniques recueillies lors des consultations, dans une perspective plurielle éclairant les aspects relationnels et d'organisation corporelle. D'après ce premier travail d'analyse sont ressortis des traits cliniques saillants autour desquels nous avons articulé une première catégorisation, suivant ces deux axes croisés. Ce travail a donné lieu à une première catégorisation clinique des profils développementaux de cette cohorte.

2. Première catégorisation clinique

Partant du recueil de l'observation clinique croisant des aspects psychomoteurs et relationnels dans les consultations, nous avons dégagé cinq catégories décrites comme suit :

-Développement Typique (= T) : bonne relation et développement psychomoteur sans particularité. Les bébés de cette catégorie présentent une relation à l'autre tout à fait favorable, s'inscrivant dans le circuit pulsionnel et présentant un développement tonico-moteur en rapport avec leur âge.

-Retard de développement (= RD) : bonne relation, retard développemental léger. Ces enfants ont des capacités relationnelles, mais présentent des signes de décalage de développement psychomoteur.

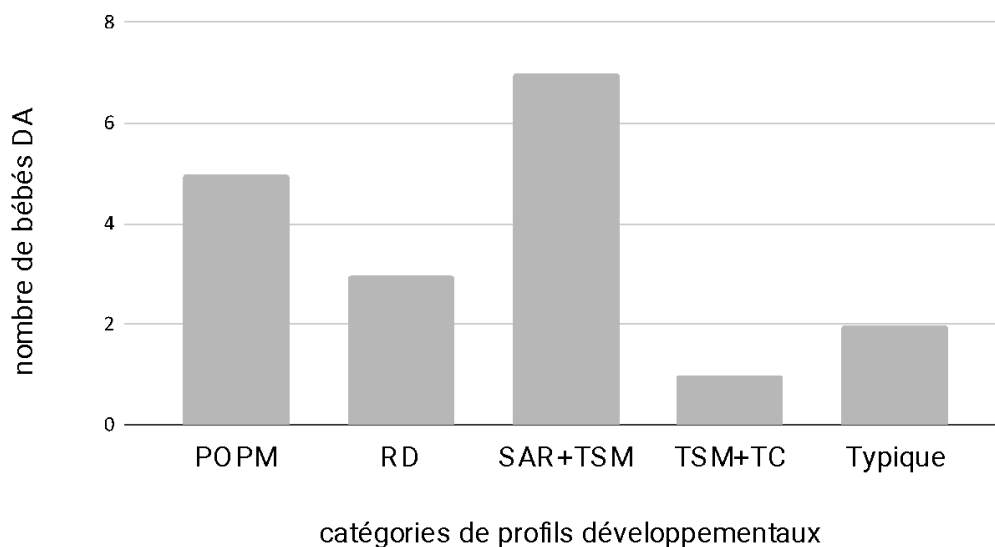
-Particularités d'organisation posturo-motrices (= POPM) : ces bébés ont une relation de bonne qualité. On repère quelques signes de particularités posturo-motrices (sans décalage).

-Troubles sensori-moteurs + troubles de la communication (= TSM+TC) : ces bébés ont des qualités relationnelles, qui peuvent être altérées par des aspects de fragilité sur le plan moteur.

-Signes d'alerte relationnels + troubles sensori-moteurs (= SAR+TSM): Ces bébés sont inquiétants par les signes d'alerte relationnels qu'ils présentent, associés à des difficultés posturo-motrices importantes.

Nous présentons ci-dessous la présentation graphique de la répartition du nombre de bébés selon les profils développementaux.

Répartition des bébés DA selon les profils développementaux



Deux bébés présentent un développement typique. Cinq bébés présentent des spécificités d'organisation motrice qui n'entravent pas leur appétence relationnelle. Trois bébés présentent un retard de développement global. Sept bébés ont des signes d'alerte relationnels ainsi que des troubles sensori-moteurs. Un bébé montre des qualités relationnelles qui peuvent être altérées par des fragilités sur le plan moteur.

D. Cotation à l'aide de la grille OLLIAC-PREAUT

1. Rappels sur la grille Olliac-Préaut

Puis nous avons souhaité confronter cette première observation clinique des capacités relationnelles du bébé à un outil testé et validé pour les bébés à risque sur le plan du développement et de la relation.

Pour cette observation nous avons sélectionné la grille Olliac-Préaut (2017), qui a été validée en population générale (Olliac et al., 2017) et en population à risque (Ouss et al., 2014). Cette grille permet d'observer, à 4 mois et à 9 mois, l'appétence relationnelle du bébé, et sa capacité à susciter un échange jubilatoire avec l'autre et à se faire l'objet du plaisir de son parent. Elle est adaptée à une population de bébés sourds car elle observe tous les comportements relationnels du bébé, quelles que soient les modalités (regards, gestes, vocalisations...). Elle permet de détecter très tôt des signes d'alerte de troubles relationnels du bébé ou des troubles du neuro-développement. Cela permet d'envisager un traitement dès l'identification de ces premiers signes avant l'installation durable des troubles relationnels, et d'intervenir sur la trajectoire développementale du bébé en bénéficiant de la plasticité cérébrale pendant la période sensible des premiers mois de vie.

Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, les fondements théoriques de cette grille sont issus des travaux de Laznik, issus de la théorie des pulsions de Freud (Freud, 1915), complétée par Lacan (Lacan, 1964). Cette grille comporte deux signes. Le premier vise à vérifier la capacité du bébé à échanger des regards spontanés avec sa mère (ou son substitut). Le second vérifie si le bébé cherche à se faire regarder par sa mère (ou son substitut) (Laznik, 2006). On vérifie ainsi la présence (ou le ratage) du troisième temps du circuit pulsionnel, lorsque le bébé se fait l'objet de la pulsion de l'autre (Freud, 1915). Selon Laznik (2013), à ce moment du trajet pulsionnel, le bébé va chercher à se faire regarder, à se faire entendre, mais chez les bébés à risques d'autismes, il y a un ratage de ce troisième temps et donc un ratage du bouclage du circuit pulsionnel. Ce troisième temps de la pulsion introduit la part active du bébé en tant que sujet.

Ainsi, elle s'appuie sur la connaissance que le très petit bébé est d'emblée compétent pour susciter la joie de ses parents ou des personnes qui s'occupent de lui. Les

bébés qui n'expriment pas spontanément cette compétence sont à risque d'autisme ou de retard mental (RM). L'étude des films familiaux des bébés devenus ultérieurement autistes a montré que ces bébés, s'ils pouvaient répondre aux stimulations, n'engageaient pas spontanément la relation, qu'ils ne cherchaient pas à être l'objet d'une attention particulière et jubilatoire de la part de leurs parents ou de la personne s'occupant d'eux (Muratori, 2011).

La grille Olliac-Préaut à 4 et 9 mois a été testée et validée en population générale et en population à haut risque (syndrome de West) et a montré une sensibilité égale ou supérieure au M-Chat à 18 mois (Olliac (2017), Ouss (2013)). Elle comporte quelques items qui ciblent la spontanéité du bébé pour rechercher la relation à l'autre, et est destinée à être utilisée en PMI ou consultation médicale dans le cadre d'une surveillance pédiatrique classique.

Il s'agit donc d'un outil qui peut permettre de dépister très précocement les risques de troubles du neuro-développement afin de débiter le plus tôt possible une prise en charge thérapeutique.

2. Cotation des vidéos

Notre groupe de recherche a appliqué la grille Olliac-Préaut à la cohorte des 18 nourrissons, déjà diagnostiqués sourds, examinés par Dr Favrot-Meunier dans le cadre des consultations filmées. Un score a été attribué à chaque bébé, qui, en référence au seuil, détermine si le bébé est considéré comme étant ou pas « à risque ». La grille est constituée de telle sorte qu'il faut que le bébé ait une initiative relationnelle spontanée pour ne pas être considéré comme « à risque ».

Si le score est inférieur ou égal à 3 (4 mois) ou 5 (9 mois), le bébé est considéré comme étant à risque d'autisme. Le nombre de points maximum attribué est de 15.

3. Recueil et analyse semi-quantitative des données

Après avoir analysé les vidéos et obtenu les scores Olliac-Préaut, nous avons consigné les informations de chaque bébé (âge, sexe, détail du score : 1a) ; 1b) ; 2a) ; 2b), temps où se déroulent les actions relationnelles du bébé, catégorie clinique) dans un fichier Excel. Les données ont été homogénéisées sous un même format, afin de pouvoir

être comparées. Une fois les données homogénéisées nous avons pu programmer l'échelle d'identification du risque d'autisme en nous appuyant sur les conditions d'âge et de score obtenu via plusieurs fonctions SI() imbriquées.

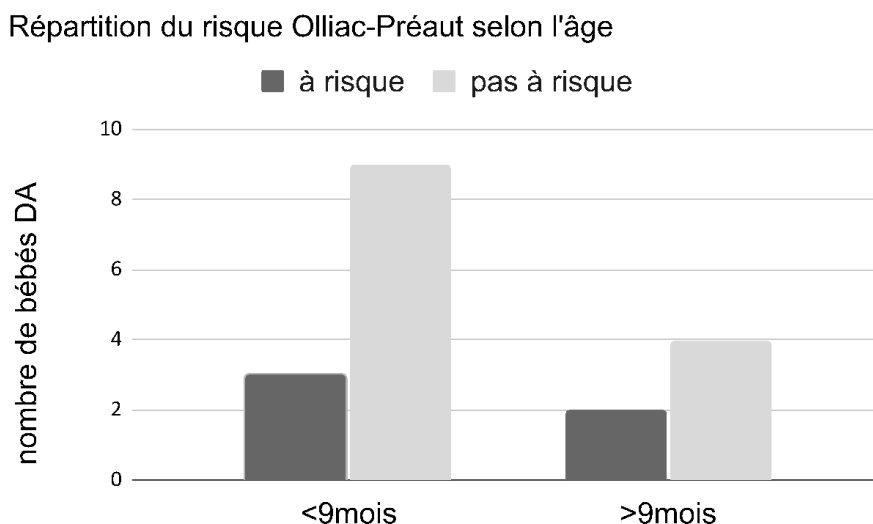
Dès lors que nous disposions de toutes les données nécessaires pour réaliser notre analyse, nous avons eu recours à la fonctionnalité de « Tableau Croisé Dynamique » (TCD) qui s'appuie sur notre table de données. Un TCD a plusieurs avantages, il permet de croiser toutes les données de notre base pour identifier des corrélations et mettre à jour les analyses en temps réel dès que nous ajoutons ou modifions une information.

Enfin, nous avons eu recours à des représentations graphiques plus percutantes et accessibles qu'un tableau. Nous pouvons alors proposer une analyse qualitative, questionner nos hypothèses pour interpréter les résultats.

4. Présentation des résultats

Parmi les 18 bébés de la cohorte, nous trouvons 5 bébés qui présentent un score Olliac-Préaut les situant « à risque » de troubles du neuro-développement, et 13 bébés dont le score indique qu'ils ne sont pas « à risque ».

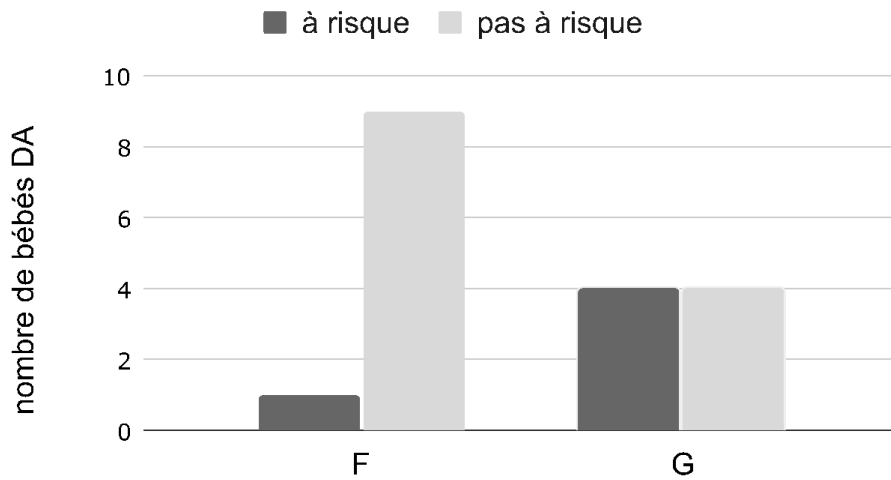
d. Répartition des résultats Olliac-Préaut selon l'âge



On voit ici que 4 des bébés « à risque » ont moins de 9 mois, et 1 bébé « à risque » a plus de 9 mois. Huit des 13 bébés de moins de 9 mois ne sont pas à risque, et 4 des 5 bébés de plus de 9 mois ne sont pas à risque, d'après le score Olliac-Préaut.

e. Répartition selon le sexe

Répartition du risque Olliac-Préaut selon le sexe

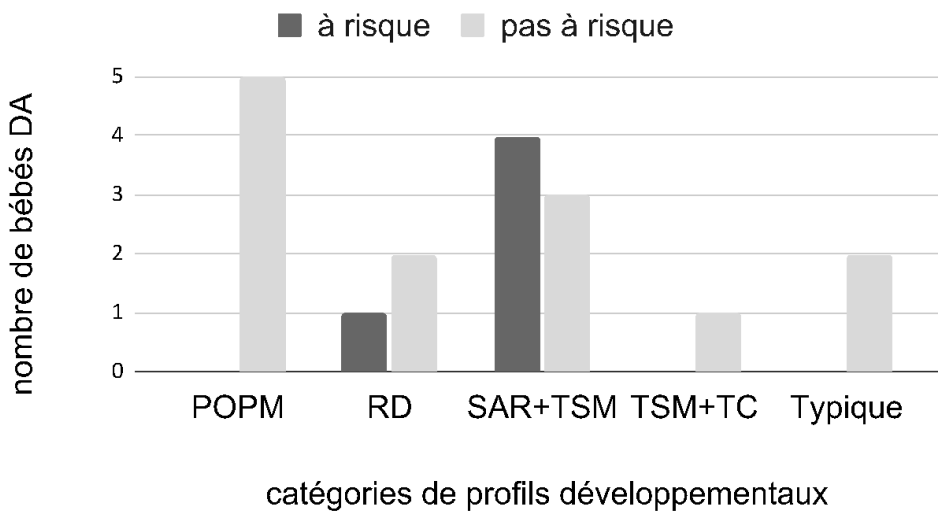


Il y a plus de bébés garçons « à risque » que de bébés filles. Cette répartition est cohérente avec le ratio retrouvé dans les données épidémiologiques des TSA, qui est d'environ 3 garçons pour une fille.

5. Comparaison des scores avec la première catégorisation

Nous avons ensuite comparé le score Olliac-Préaut avec la première catégorisation clinique. Nous en trouvons ici la représentation graphique.

Répartition du risque Olliac-Préaut selon les profils développementaux



On constate ici que les bébés dont le score indique qu'ils sont « à risque » se retrouvent dans

les catégories cliniques RD (Retard de développement) et SAR+TSM (signes d'alerte relationnels et troubles sensori-moteurs). Cette répartition est cohérente avec les résultats de la recherche Olliac-Préaut. En effet la grille Olliac-Préaut a démontré une valeur prédictive fiable pour repérer les bébés à risque de développer un trouble du neuro-développement, dont les TSA, mais aussi un retard de développement.

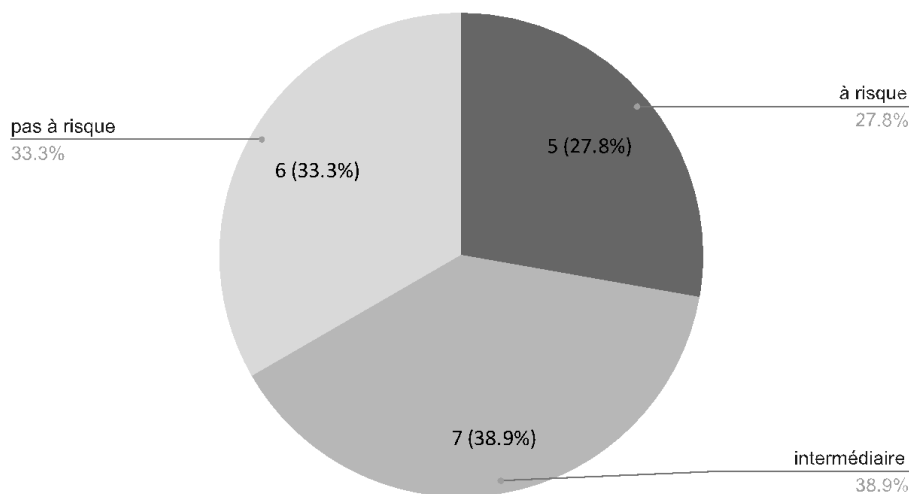
Ainsi, la passation de la grille Olliac-Préaut apporte une validation de la catégorisation clinique observée dans notre recherche. L'analyse détaillée des scores nous permettra d'avancer vers une seconde catégorisation clinique.

6. Seconde catégorisation clinique

Au-delà du seuil critique déterminé selon la grille Olliac-Préaut nous avons observé de manière plus précise les scores obtenus selon les âges pour proposer un essai de catégorisation clinique. Nous constatons que, pour un certain nombre de bébés, nous retrouvons un score qui les situe « hors risque », sans pour autant atteindre le score maximal de 15 points, qui témoigne d'une appétence relationnelle évidente, observable spontanément dès les premières minutes de consultation. Nous les présentons ici dans une catégorie « intermédiaire », avant de développer plus loin les différentes interrogations et réflexions cliniques soulevées par ce constat.

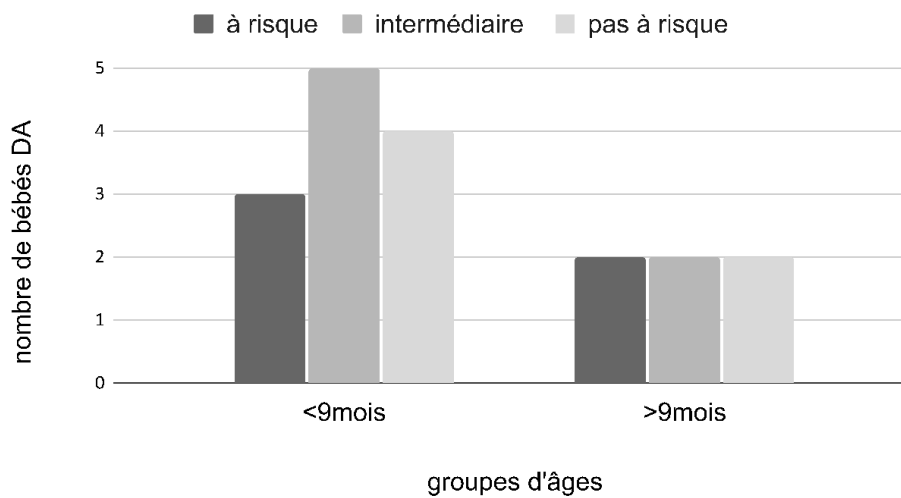
Répartition des catégories cliniques dans la cohorte des 18 bébés observés

Répartition de la seconde catégorisation clinique dans la cohorte



Répartition des catégories cliniques selon l'âge >/< 9 mois

Répartition de la seconde catégorisation clinique selon l'âge



Dans cette répartition, nous retrouvons 3 catégories d'effectifs proches : environ 1/3 des bébés montrent à la fois un développement posturo-moteur de bon aloi et des compétences relationnelles tout à fait rassurantes ; 1/3 des bébés sont inquiétants, car ils montrent à la fois des difficultés psychomotrices et de contact. Et un dernier 1/3 concerne des bébés qui ont des compétences relationnelles, dont la qualité peut être parfois altérée par des particularités dans leur développement posturo-moteur.

Nous discuterons donc ces résultats en confrontant les données chiffrées aux éléments cliniques observés.

E. Discussion des résultats

1. « Incohérence » entre le score Olliac-Préaut et l'examen clinique

Pour certains enfants les scores retrouvés à la cotation Olliac-Préaut ne sont pas en adéquation avec l'impression clinique qui se dégage au fil de la consultation. En effet, la cotation Olliac-Préaut d'après les films a permis d'observer des moments d'initiative relationnelle spontanée de la part du bébé, et indique un score qui n'est pas « à risque ». Cependant, ces enfants se présentent avec des manifestations cliniques d'altération importante de leur développement, tant du point de vue posturo-moteur que relationnel,

pouvant être évocateurs de TND associés. On note que ce sont deux enfants qui ont une surdité syndromique.

a. Les bébés qui ont un score Olliac-Préaut favorable cependant cliniquement préoccupants

Cela soulève plusieurs réflexions concernant l'usage de la cotation Olliac-Préaut dans la clinique et la recherche.

En effet, pour cette cotation, nous avons visionné les films des consultations de manière exhaustive, en guettant une initiative relationnelle de la part du bébé. Ainsi, nous avons pu obtenir ces scores grâce à une observation minutieuse et attentive, à partir d'un matériel re-visionnable.

Or la grille Olliac-Préaut a été conçue pour évaluer les initiatives relationnelles du bébé en situation de consultation pédiatrique « classique » (PMI). Dans ces conditions, cela suppose que le bébé puisse manifester suffisamment d'appétence relationnelle pour que celle-ci apparaisse d'emblée, de manière évidente. Ainsi, il est fort possible que ces bébés, dans un contexte de consultation « classique », n'auraient pas obtenu la même cotation.

D'un autre côté, ce constat nous permet de mettre en évidence l'existence de compétences relationnelles chez ces bébés, qui peuvent être masquées ou entravées par le tableau développemental qu'ils présentent. L'outil Olliac-Préaut peut donc permettre, selon les contextes d'utilisation, de repérer une fragilité relationnelle du bébé, mais aussi de mettre en évidence l'existence de ces compétences chez des bébés qui présentent des TND.

L'usage et la finalité de la grille en sont ici différents. Le soutien et l'attention nécessaire apportés au bébé par l'examineur pour permettre l'expression de son appétence à la relation permet de nuancer les résultats de l'étude et ouvre de nouvelles pistes de réflexion pour la recherche. Ainsi, d'autres échelles considèrent le ressenti de l'examineur, tels que l'ADOS qui cote la qualité « générale de la relation » qui se rapporte au « confort » dans la passation ; mais aussi la NBAS de Brazelton, (item du ressenti de l'examineur : agréable / pas agréable).

Du point de vue clinique, ces éprouvés dans la consultation sont une amorce d'une démarche thérapeutique qui doit se poursuivre. Cela nous permet aussi de souligner que la pulsionnalité du bébé peut s'exprimer par différentes modalités, et que des émergences pulsionnelles peuvent être présentes mais masquées par la complexité du tableau développemental. Si cette compétence relationnelle peut être observée dans un contexte de micro-analyse, le potentiel pulsionnel du bébé risque de se trouver régulièrement entravé par des difficultés associées dans les situations d'échanges au quotidien. A terme, c'est donc un enjeu clinique majeur d'apporter un soutien permettant l'expression et le déploiement de l'appétence relationnelle des bébés sourds ayant des facteurs de risques de TND.

b. Vignettes cliniques

Kelia est âgée de 7 mois au moment de la consultation. Elle est porteuse d'une surdité profonde et se présente comme une enfant avec surdi-cécité. Dans la vidéo on observe des compétences relationnelles qui peuvent s'exprimer vis-à-vis de l'examinatrice, dans le cadre d'une interaction privilégiée, dans des conditions d'installation favorables. Kelia est installée au creux d'un coussin d'allaitement qui est placé sur les genoux de la pédopsychiatre. Celle-ci se trouve face à elle, tout proche, et ses deux mains tiennent les mains de Kelia, avec chacun de ses pouces placés au creux des paumes de mains du bébé. Ainsi, elle mobilise un échange avec l'enfant, tout en commentant avec les parents les progrès de Kelia sur le plan de la vision. Puis elle modifie la tenue des mains de Kelia, et leurs mains se trouvent, un court instant, éloignées de quelques centimètres, sans contact. La pédopsychiatre pose ensuite ses mains sur le coussin d'allaitement. Kelia se met à protester, râler, et bouge les pieds contre le ventre de la pédopsychiatre, comme un appel vers elle. La pédopsychiatre le perçoit, elle lui adresse une réponse orale tout en reprenant les mains de Kelia dans les siennes.

Ainsi, on observe que Kelia peut adresser un « regard » à la pédopsychiatre et la solliciter spontanément. Elle obtient donc le score de 5 points (1+4) selon la grille Olliacc-Préaut. En revanche la vidéo ne nous permet pas d'observer de regard envers les parents (2 points), ni de sollicitation spontanée envers eux (8 points).

Pour cette enfant qui semble doublement atteinte sur le plan visuel et auditif, il semble logique d'observer ses initiatives relationnelles vis-à-vis de la personne qui se trouve à portée de ses capacités sensorielles tactiles et motrices.

Ibrahim est un autre bébé âgé de 9 mois et 3 semaines. Il est porteur d'un syndrome CHARGE récemment mis en évidence. Lors de la consultation, le papa tient Ibrahim face à lui, assis sur ses genoux. Il place les paumes de ses mains de chaque côté du buste de son bébé, entourant son dos avec ses doigts. Ibrahim se trouve ainsi en quelque sorte assis, dans une posture voûtée, en avant, la tête vers le bas, en direction de ses pieds. Le papa explique qu'Ibrahim a des mouvements où il se jette en arrière. Dans la minute qui suit, on voit effectivement Ibrahim prendre appui avec ses pieds sur le ventre de son père dans un mouvement d'hyperextension vers l'arrière. Il se trouve complètement arc-bouté, la tête renversée dans le vide, au bord des genoux de son père. Sa maman, qui se trouve assise de ce côté, lui fait une petite caresse dans le cou, sous le menton. Ibrahim se redresse alors sur son plan avant et se retrouve dans la position initiale, proche du père, dans la même posture affaissée, le regard vers le bas.

La pédopsychiatre décode avec les parents les mouvements posturaux atypiques de leur fils qui semble être en recherche d'un arrière-fond pour construire la représentation de son dos. Elle explique l'importance de l'installation et des appuis. Le papa, tout en écoutant attentivement ces explications, tapote légèrement avec sa main le dos d'Ibrahim. Soudain, Ibrahim parvient à relever la tête vers son père, puis le fixe de son regard un petit moment. Le père s'en aperçoit, son visage s'illumine d'un large sourire, tandis qu'il se penche et approche sa tête de celle de son fils, tous deux front contre front. Puis Ibrahim semble ne plus pouvoir soutenir cet échange, sa tête retombe vers l'avant, repoussant celle de son père. L'échange est interrompu. Ibrahim cherche un instant à s'agripper au t-shirt de son père puis il repart dans un mouvement d'hyperextension vers l'arrière. Ainsi, Ibrahim obtient tous les points à la cotation de la grille Olliac-Préaut. Cependant, il faut noter que si ce moment d'échange s'est fait à l'initiative du bébé et a permis un instant tendre et complice avec son père, il n'a pas été possible pour Ibrahim de soutenir cet échange au-delà de quelques secondes. De fait, on constate qu'il est suivi d'un effondrement tonique et postural d'Ibrahim. Par ailleurs, c'est le seul moment de recherche d'échange spontané du bébé vers les parents pendant toute la durée de la consultation. Il a été difficile de le percevoir, et a demandé une attention très minutieuse.

Ainsi, pour ces deux bébés, on peut observer des interactions spontanées, mais il est important de souligner la plus grande rareté de ces sollicitations sur un plan quantitatif. En effet, sur une heure de film, il a été nécessaire de scruter attentivement la vidéo afin de pouvoir saisir ce type de moments. Pour un bébé « typique », qui va bien, l'échange spontané avec le parent et le clinicien survient de manière évidente, et assez rapidement dans la consultation. Par ailleurs, d'un point de vue qualitatif, on constate que l'intensité de l'engagement relationnel est moindre, de même que la durée de l'interaction, car le bébé ne peut pas soutenir longuement l'échange et il coupe rapidement la relation. Enfin on relève que la compétence peut s'exprimer dans un contexte de consultation favorable offrant appuis et soutien aux bébés (installation avec appui dorsal, attitude soutenante du clinicien).

Cela donne une idée de la lourdeur des entraves pulsionnelles que présentent ces bébés, du fait de leur syndrome. La combinaison de leurs atteintes vient se placer comme obstacle au circuit pulsionnel. Pour favoriser la mise en place des compétences relationnelles et éviter que des complications psychiatriques ne s'installent, ces enfants auront besoin d'appuis et d'un soutien important, qui prendra en compte la multiplicité des troubles.

2. Scores intermédiaires

a. Les bébés qui ont des scores intermédiaires

Comme présenté ci-dessus, nous nous sommes intéressés aux bébés qui ont obtenu des scores intermédiaires, c'est-à-dire qui ont un score supérieur au seuil critique correspondant à leur âge mais n'obtiennent pas la totalité des 15 points de l'échelle. Plus précisément nous retrouvons 7 enfants dans ce cas de figure : un bébé de 9 mois obtient 13 points ; 4 bébés qui ont entre 5 et 7 mois ont un score de 5 points ; et pour 2 bébés, âgés l'un de 3 mois et l'autre de 10 mois, nous trouvons un score de 7 points.

Nous faisons le choix ici de présenter la vignette clinique de l'un de ces deux bébés qui ont obtenu 7 points. Sur le plan clinique, c'est une petite fille qui montre des compétences relationnelles évidentes, qui peuvent être mises en échec selon la qualité de ses appuis posturaux.

b. Vignette clinique

Louison est une jolie petite fille de 10 mois porteuse d'une surdité profonde appareillée par contours d'oreilles. Au début de la consultation, elle est installée dans sa poussette et sa maman lui donne une compote pour son goûter. On peut alors l'admirer, tout sourire, les yeux pétillants, alors qu'elle se régale à la fois de sa compote et des commentaires de la pédopsychiatre vantant son bon goût de fraises. Son plaisir et ses qualités relationnelles sont alors manifestes.

Plus tard, Louison est installée au tapis. On la voit assise, les jambes tendues légèrement écartées devant elle, le regard baissé sur ses mains qui manipulent un peu pauvrement une petite cuillère de la dînette. La pédopsychiatre la sollicite dans un échange signé, mais Louison garde le regard baissé et ne peut y être réceptive. Cette situation dure tout le temps où Louison reste installée ainsi, ses mains bougeant pauvrement de manière symétrique, sans pouvoir ni explorer, ni échanger.

Les deux parents, présents à la consultation, assistent à cela et échangent un regard inquiet ; la caméra capte le visage désarmé du papa.

Dans un premier temps, on peut questionner les installations posturo-motrices au quotidien et le mode de garde qui, peut-être, n'a pas favorisé un développement psychomoteur harmonieux pour Louison. N'en demeure pas moins la qualité relationnelle qui se trouve totalement dépendante de l'installation et des appuis posturo-moteurs de Louison. L'importance des appuis pour favoriser l'engagement relationnel du bébé a notamment été étudiée dans la thèse de L. Roman-Teboul (2023), et cela a pu être constaté pour cette petite fille à l'occasion de cette consultation. Celle-ci a pu être adressée dans un service spécialisé et les conclusions de cette observation ont été transmises à l'équipe concernée, afin que lui soit rapidement proposé un soutien psychomoteur et psychothérapeutique adapté.

Nous pouvons exposer plusieurs hypothèses explicatives pour ces situations. Le score intermédiaire peut être révélateur d'une variabilité d'expression des compétences relationnelles, selon les appuis dont bénéficie le bébé. Il peut s'agir d'un équilibre singulier, pour chaque bébé, entre l'appétence relationnelle spontanée et les conditions

nécessaires à ce bébé pour les exprimer. Cette variabilité peut être le reflet de facteurs spécifiques liés à la surdité ou à d'éventuels facteurs génétiques de TND.

Enfin, il nous semble important de souligner que ces bébés présentant des scores intermédiaires constituent une part non négligeable des bébés reçus dans les consultations spécialisées des structures de soins spécialisées (CAMSP, SAFEP, UTES). En effet, comme dans le cas de Louison qui a plaisir à échanger dans sa poussette, ce sont des bébés dont l'apparente disponibilité relationnelle peut venir masquer des fragilités sous-jacentes, qui risquent de perdurer voire de contribuer à l'installation d'un trouble, au cours de leur développement.

Ces observations confirment la nécessité de proposer aux bébés sourds une observation clinique attentive de leurs compétences relationnelles, dans différents types d'installations, avec et sans appui posturo-moteurs. Ainsi, les soins proposés peuvent veiller au maintien de cet équilibre pour favoriser le développement de chaque bébé selon ses besoins spécifiques.

3. Quelques perspectives de la recherche-action

Il serait également intéressant de continuer de suivre la trajectoire développementale de ces bébés de manière prospective, pour confirmer la fiabilité des observations menées grâce à cette recherche.

Concernant les bénéfices de l'intervention thérapeutique dès les premiers signes d'alerte, nous avons eu l'occasion de travailler sur le cas de Jane, petite fille à risque âgée de 4 mois $\frac{1}{2}$ au moment de la consultation à Necker. Elle présentait des signes d'alerte importants tant sur le plan relationnel que sensori-moteur, avec un schéma d'hyperextension très marqué, des mouvements répétitifs, une agitation motrice importante et très peu de possibilités de contact. Le score Olliac-Preaut était de « 1 ». Son suivi à l'UTES a débuté très rapidement à la suite de cette consultation, avec des soins combinant une psychothérapie, une prise en charge en sensori-motricité Bullinger et de l'ostéopathie. A l'âge de 16 mois, elle était négative au test M-Chat. L'évolution favorable

de cette petite-fille a été présentée au VI Congrès International Transdisciplinaire sur le bébé en juillet 2020³³.

³³ Favrot-Meunier, C, Martins, A., de Clerck, A., Carvalho, S., Parlato-Oliveira, E. (2020) La structuration psychique des bébés sourds, VII Congrès International Transdisciplinaire sur le bébé.

V. CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'avancer dans l'exploration des profils de bébés sourds et l'identification des signes d'alerte de troubles du neuro-développement. La grille Olliac-Préaut nous a permis ici d'affiner notre observation de la cohorte, en dégagant trois types de profils de catégorisation développementale.

Nous validons l'hypothèse préalable en confirmant la possibilité de repérer précocement des signes de fragilité neuro-développementale chez les bébés sourds. Au-delà du score Olliac-Préaut retrouvé, il se dégage l'importance d'observer finement, et en diverses situations d'installation, les facteurs sensori-moteurs impliqués dans l'expression de l'intentionnalité relationnelle du bébé sourd. Ainsi, en améliorant le dépistage et la prise en soins précoce des enfants sourds, on permet également d'identifier plus tôt de manière différentielle les facteurs de risque de TND éventuellement associés à la surdité et d'intégrer ces éléments dans les soins proposés au bébé sourd.

Ces travaux exploratoires ont pu être poursuivis et approfondis dans le cadre de la recherche « EnTNDre », dont les résultats ont été présentés lors du colloque ACFOS (novembre 2022), et récemment publiés (Akrich et al., 2023). La cohorte a été élargie, les critères posturo-moteurs ont pu être précisés, permettant une cotation d'après les analyses vidéos. L'analyse des profils développementaux a pu être étudiée de manière croisée avec les dossiers médicaux. Aussi les facteurs étiologiques et périnataux ont été étudiés, confirmant l'importance de l'étiologie et des facteurs de risque associés de TND dans la constitution psychique du bébé sourd.

A notre connaissance, cette étude est la première à décrire une population de bébés sourds de parents entendants, de moins de 10 mois, permettant de mettre en évidence le repérage des facteurs de risque de TND à un âge aussi précoce dans une cohorte de bébés sourds.

Il est évident que l'application des connaissances récentes sur le repérage précoce des signes d'alerte de TND chez le bébé apporte un éclairage tout à fait pertinent pour mieux comprendre la population très hétérogène des bébés sourds. Ainsi, le croisement des antécédents médicaux (étiologies, facteurs périnataux...) avec les critères

sensorimoteurs et relationnels (grille Olliac-Préaut), dès le diagnostic de surdité, offre une fenêtre pour intervenir dès la « période sensible ».

La recherche « EnTNDre » propose une grille de lecture radicalement nouvelle dans la compréhension des mécanismes psychopathogènes dans la population sourde. En mettant au premier plan la question du neuro-développement, elle permet de distinguer clairement le développement psychique des bébés sourds typiques de celui des bébés dont la surdité vient se surajouter à un TND ou facteur de risque de TND. La vulnérabilité psychique des bébés sourds est avant tout liée aux éventuels troubles du neuro-développement dont l'étiologie de surdité peut également être pourvoyeuse. La surdité chez l'enfant avec TND constitue alors un facteur de risque supplémentaire dans son évolution. L'accumulation de facteurs de risque fragilise l'équilibre développemental du bébé, ce qui, en l'absence de facteurs de protection suffisants, peut mener à un point de bascule par un effet cumulatif en cascade. L'identification des facteurs de risque, le repérage précoce des TND, et l'avancée en âge du diagnostic de surdité, représentent donc des clés fondamentales pour intervenir en amont d'une installation du TND, en profitant de la plasticité cérébrale dans la fenêtre de la période sensible.

Ainsi, le propos de cette étude nous amène au-delà de la question de la surdité. Au cours de notre travail de thèse, ce point de réflexion dégage les processus de subjectivation de la seule question de la surdité, pour se tourner vers le neuro-développement. Au-delà du champ de la surdité, cela ouvre des perspectives théorico-cliniques novatrices pour articuler le champ du neuro-développement à celui de la psychanalyse, pour mieux comprendre les enjeux des processus de subjectivation du petit d'Homme.

L'utilisation de la grille Olliac-Préaut à partir des vidéos de consultations nous a amené à plusieurs questionnements. L'objectif de la consultation était double, à visée de recherche, mais également thérapeutique, dans la perspective d'apporter un soutien de développement en cas de fragilité relationnelle repérée. Ainsi l'examinatrice a spontanément offert au bébé les appuis nécessaires pour favoriser l'expression de ses compétences relationnelles (installation avec appuis, prosodie, ajustement relationnel). Trois remarques nous viennent : du point de vue de la cotation, il convient de nuancer les scores retrouvés et de discuter de ce constat. Mais la grille nous permet aussi de repérer

des compétences relationnelles présentes chez des bébés ayant des atteintes plurielles de leur neuro-développement. Cela nous invite à considérer le ressenti du clinicien dans ses efforts pour obtenir la relation comme un critère d'identification d'une fragilité relationnelle.

Ce travail a représenté une étape dans le cheminement de notre thèse. Il nous a permis d'interroger l'intrication des dimensions pulsionnelles de la relation avec les aspects de neuro-développement. Il nous a permis de clarifier notre regard sur les situations cliniques dans la population sourde.

Ainsi, nous avons pu repérer les compétences des bébés sourds typiques, usant de toutes leurs qualités corporelles et relationnelles pour se construire dans le lien à l'autre. Cela confirme l'hypothèse que la surdité ne représente pas un facteur de risque psychique suffisant pour la constitution psychique du bébé, et n'empêche pas le bébé sourd d'être en place de sujet, en tant que « parlêtre ».

Nous avons pu aussi pour un certain nombre d'enfants l'importance de la qualité des installations et des appuis comme facteur aggravant, ou au contraire facilitant l'expression pulsionnelle de certains bébés. Ces bébés représentent une part de la population sourde à risque de TND, avec la particularité de ne pas présenter de signes développementaux évidents. Nous devons donc garder une vigilance dans l'examen clinique en veillant à ne pas trop soutenir l'enfant et en le plaçant en condition d'examen au tapis en motricité libre pour observer le déploiement de son intentionnalité de manière spontanée. La prise en charge veillera à permettre d'éviter qu'une fragilité relative ne s'installe plus clairement, et à permettre que le développement relationnel se fasse de manière favorable.

Nous avons pu également dénicher des compétences masquées, parfois sous forme de prémisses, mais néanmoins présentes, chez certains bébés présentant des syndromes combinant des atteintes pluri-sensorielles, à risque de complications psychopathologiques et développementales. Pour ces enfants il s'agit de leur faire crédit d'une intentionnalité présente bien que masquée, et de leur offrir un soutien très ajusté qui tienne compte de l'ensemble de leur syndrome. L'enjeu sera alors d'éviter qu'une complication psychopathologique ne vienne se surajouter aux difficultés de ce bébé.

Nous voyons donc que dans cette répartition développementale se nichent des situations cliniques très disparates dont les enjeux en termes d'intervention seront différents et néanmoins nécessaires. Les vidéos de consultations sont un support indispensable et d'une grande richesse pour la recherche. La micro-analyse des films a permis aussi de distinguer la singularité de chaque enfant et le caractère propre à chacun pour établir une relation avec l'autre.

Ainsi, nous avons poursuivi notre étude de la construction psychique du bébé sourd par l'étude d'un cas clinique. Il s'agit d'un bébé sourd, avec des facteurs de risque de TND, suivi en psychothérapie pendant 10 mois, et dont les films de séance ont pu être analysés.

Seydou, une histoire singulière

Introduction

Nous allons maintenant exposer la situation d'un petit garçon présentant une surdité dans un contexte néonatal très complexe combinant plusieurs facteurs de risque de TND, dont une extrême prématurité. Nous avons suivi cet enfant en psychothérapie filmée selon le dispositif RIEPPI pendant une année, entre l'âge d'un an (9 mois d'âge corrigé) et deux ans, entre mars 2020 et avril 2021. A partir des films de séances nous avons réalisé des micro-analyses, selon une méthodologie clinique et psychanalytique que nous détaillerons par la suite.

Avant de développer plus avant l'histoire de ce bébé et de présenter la recherche qui a été faite à partir de cette psychothérapie, nous allons présenter rapidement le cadre institutionnel et clinique dans lequel celle-ci s'est déroulée. Puis nous nous devons également de situer le cadre éthique de celle-ci et d'en présenter la méthodologie, afin d'en faire valoir la valeur épistémologique.

I. Le cadre institutionnel

A. Le CAMSP

Nous travaillons depuis 2015 au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce polyvalent HOVIA³⁴ situé à Paris (15ème arrondissement). Nous avons auparavant travaillé près de dix années au CAMSP Surdité Espoir 93 à Noisy-le-Sec. Nous sommes particulièrement attachée à la richesse du travail qui s'effectue au sein des CAMSP, dans lequel nous avons évolué toute notre vie professionnelle. Nous avons eu la chance d'y

³⁴ L'association HOVIA est l'association gestionnaire qui réunit l'association Le Moulin Vert et l'OHT. Elle gère 60 établissements dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap ; de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille ; et de l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie. <https://www.hovia.fr/>

côtoyer des professionnels enthousiastes, engagés et compétents, dotés d'une grande sensibilité clinique et ayant un véritable sens du travail transdisciplinaire. Nous y avons rencontré des bébés et de très jeunes enfants, sourds et entendants, rencontrant parfois des entraves multiples, pouvant mener à une souffrance psychique importante, et des difficultés de développement très invalidantes. Ces rencontres ont forgé notre questionnement intérieur en tant que psychologue clinicienne. Notre travail de doctorat nous a permis de le déployer, et de venir enrichir et approfondir notre regard clinique. La dimension de prévention est fondatrice de l'action médico-sociale précoce, et nous y puisons un engagement fort. Nous avons été particulièrement enthousiasmée des opportunités offertes par ces nouvelles connaissances sur la constitution psychique du bébé et les facteurs de vulnérabilité pour penser et proposer de nouveaux cadres d'intervention psychothérapeutiques en direction des bébés au sein du CAMSP. Nous soutenons la reconnaissance de la vie psychique des bébés et le rôle des psychologues de CAMSP pour se mettre à l'écoute des bébés.

B. Le dispositif de psychothérapie bébé-parent RIEPPI

Notre travail de thèse nous a amené à nous intéresser de plus près à la prise en charge précoce des bébés vulnérables. Nous avons pu nous former à l'approche RIEPPI, portée par M.-C. Laznik et son équipe, et mettre en place cette approche au sein du CAMSP où nous travaillons. Quelques précisions sur les outils cliniques sur lesquels s'appuie ce dispositif psychothérapeutique.

1. Le *Nebenmensch*

Dans ce dispositif psychothérapeutique, le psychanalyste sera en place de *Nebenmensch* ou de prochain secourable pour le bébé, et sera une figure d'adresse pulsionnelle pour le bébé. Le cadre de la séance s'institue autour des conditions de disponibilité relationnelle du bébé propres à favoriser son expressivité corporelle. Les bébés reçus au CAMSP arrivent pour la plupart à la suite d'un début de vie marqué par une hospitalisation néonatale de durée plus ou moins prolongée. L'expérience de la douleur leur est souvent déjà familière, notamment en raison de l'intrusivité des gestes médicaux occasionnés par les soins nécessaires à leur survie. Or, la douleur a un effet foudroyant sur le psychisme qui laisse des « frayages permanents » (p.37) esquissait

Freud en 1895. Les effets durables de l'expérience de la douleur par le nouveau-né ou le bébé prématuré sur le neuro-développement sont de plus en plus étudiés et mis en évidence (Grunau et al., 2006 ; Williams et Lascelles, 2020). En effet, le corps du bébé, s'il est souffrant, abîmé, douloureux, peut constituer une entrave dans la mise place du champ pulsionnel (Beaulieu, 2020). Il est difficile d'être en position de prochain secourable pour ce bébé, dont le corps endolori se désorganise, et dont les signaux corporels se brouillent. Il s'agira alors d'écouter ce que le bébé peut exprimer de sa souffrance, avec les moyens dont il dispose. D'en accuser réception et éventuellement de partager ce que l'on en comprend, le cas échéant, aux autres figures secourables qui l'entourent, à commencer par ses parents et autres soignants, pour permettre que soient trouvées des solutions d'apaisement. Il s'agira également d'être en place de saisir les initiatives pulsionnelles du bébé, et de se laisser toucher, « d'oser la jouissance en supposant de l'Autre » (Couvert, 2018). L'expérience de satisfaction qui vient *a contrario* créer des frayages de plaisir dans le psychisme, inscrivant le souvenir de ses expériences au pôle hallucinatoire de satisfaction. Cela favorisera l'installation du bouclage du circuit pulsionnel par la recherche répétée du plaisir de l'autre.

Nous avons vu dans le premier chapitre que la place de l'analyste le situe dans une fonction de grand Autre. Il s'agit d'une fonction symbolique qui s'incarne en tant que petit autre, dans le cadre du dispositif.

2. Les appuis : une contenance corpero-psychique

Il nous faut donc veiller à la qualité de l'installation du bébé, à son sentiment de bien-être corporel, et à ses appuis. Le travail de thèse de Laura Roman-Teboul (en cours d'achèvement) a permis de mettre en évidence l'importance des appuis proposés au bébé pour permettre d'interagir avec l'autre. Elle étudie les cinq points d'appuis que sont la tête, le dos, les pieds, le ventre, le bassin pour permettre de soutenir un arrière-fond (Roman-Teboul, 2022). Ainsi, nous veillerons à proposer une installation confortable pour le bébé, en lui offrant tous les appuis nécessaires. Concrètement, nous utilisons des coussins, tapis, murs, coussinets, serviettes-éponges... Il s'agit aussi d'installer le parent du bébé, de veiller à son confort, afin qu'il puisse se constituer lui-même comme giron. En tant que thérapeute, cela nécessite également de pouvoir s'installer soi-même, afin d'ouvrir un espace transférentiel accueillant et entourant. Car ces appuis corporels sont

tout autant des appuis psychiques qui opèrent de manière transférentielle. Veiller aux conditions d'installation ouvre un peu plus le psychanalyste à la dimension du corps du sujet. Ce dispositif psychothérapeutique trouve tout son sens dans la clinique en CAMSP, qui accueille nombre de bébés dont les troubles somatiques affectent la constitution psychique. Les appuis renvoient également à la notion de contenance, à la fois corporelle et psychique.

C'est ce que nous avons constaté au cours de la psychothérapie de la petite Pia, porteuse d'un syndrome chromosomique rarissime, présentant une hypotonie massive et des signes de retrait relationnel. Elle appréciait d'être installée dans un coussin d'allaitement formant un nid, tassé pour être en proclive, et dont les deux parties étaient maintenues agrippées ensemble en étant recouvertes par une serviette éponge. Un coussinet était placé de sorte à soutenir son bassin en enroulement. Ainsi, elle pouvait profiter de déployer ses qualités relationnelles en se faisant embrasser les petons, les mains... Lorsqu'elle grandira, nous ferons appel à notre collègue kinésithérapeute pour lui proposer une installation assise en siège moulé, avec une tablette, la soulageant au maximum de ses entraves corporelles, pour favoriser son intentionnalité et son adresse à l'autre.

3. La reconnaissance du sujet

Dans ce dispositif, le moindre élan relationnel du bébé trouvera une résonance amplifiée et répétée, visant à inscrire le bouclage pulsionnel dans le fonctionnement psychique du bébé. Laznik s'appuie sur l'illusion anticipatrice du thérapeute ou du parent qui vient donner sens aux productions du bébé, leur attribuant une valeur d'adresse qui va au-delà de ce qui est émis par le bébé. Cette illusion anticipatrice, sous-tendue par le désir de l'autre, ou par « la folie passagère des mères » selon l'expression que Laznik emprunte à Winnicott (Laznik, 2014, p.40), va permettre que les productions du bébé adviennent progressivement dans la réalité.

Couvert (2022) se démarque de cette idée et propose une « clinique du trait », en insistant sur la reconnaissance des productions du bébé, tout-petit sujet, ayant valeur de langage. Le trait est à entendre comme acte de langage et va venir orienter la direction de la cure.

Dans la situation clinique que nous développons, nous avons pris le parti de nous laisser guider par le « trait » de Seydou.

4. Le parent dans le transfert

Le parent vient trouver appui dans le transfert qui s'opère avec le thérapeute de son bébé, pour prendre peu à peu sa place dans ces boucles relationnelles. Celui-ci nécessite différents mouvements affectifs entre le thérapeute et les parents. Ceux-ci doivent se sentir écoutés et accueillis avec une entière bienveillance par le thérapeute. La difficulté d'être en place de prochain secourable avec un bébé en grande souffrance doit être comprise et reconnue. Le non-jugement est fondamental. Il participe de la contenance psychique offerte dans la thérapie, comme nous l'avons vu à l'œuvre dans le cas clinique que nous développons plus loin. Car les obstacles au circuit pulsionnel chez le bébé représentent des entraves relationnelles, qui affectent en retour les compétences parentales. Il est possible que le psychothérapeute lui-même fasse l'expérience de ces échecs relationnels avec le bébé dit « à risque » développemental. Il peut faire part de ce vécu avec le parent pour faire alliance avec celui-ci et soutenir une identification transférentielle. Parfois il est utile de recevoir les parents en dehors de la présence du bébé, pour écouter leur histoire et leur vécu dans la rencontre avec ce bébé « abîmé », tout en préservant la sensibilité du bébé.

5. La personne qui filme : un co-thérapeute

Le dispositif inclut la présence d'un co-thérapeute, qui filme les séances et participe à l'analyse des films. Celui-ci tient un rôle très important dans le dispositif psychothérapeutique (Llabrador, 2018). Par la caméra, il vient proposer un regard bienveillant et auréolant, soutenant le narcissisme du bébé. Sa présence, plus à distance, peut venir soutenir le bébé lorsqu'il coupe la relation avec son parent, souvent inquiet, ou le thérapeute qui tente d'établir une relation. Il sera réellement investi dans le transfert dans l'espace thérapeutique qui se déploie, comme nous le développerons dans la troisième partie de cette thèse. Nous voyons ces bébés qui cherchent du regard, interpellent le co-thérapeute, ou montrent un visage interrogatif si jamais celui-ci est absent lors d'une séance. Nous verrons à quel point le co-thérapeute tient une place

fondamentale dans la cure de Seydou. Cette place sera investie de manière différente dans le transfert, selon chaque bébé.

Par exemple, nous nous rappelons un moment, au début d'une séance avec Lucien, bébé âgé de 13 mois, qui nous a montré combien il appréciait d'être filmé. Un jour, au début d'une séance, la co-thérapeute prenait un peu plus de temps pour allumer la caméra avant de commencer à filmer. Lorsqu'elle tint enfin la caméra vers lui, celui-ci tourna spontanément son visage vers elle, affichant un très large sourire, témoignant de son plaisir à se sentir filmé. Ce qui a déclenché immédiatement un rire partagé avec son père qui était présent. On pouvait ressentir combien ce regard était pour lui soutenant : la séance pouvait enfin vraiment commencer !

6. La micro-analyse et le découpage de séquences

L'intérêt principal des films est de permettre le visionnage et l'analyse de la séance *a posteriori*. L'usage des films dans la clinique auprès des bébés est aujourd'hui très largement répandu, indépendamment de la pratique psychanalytique. Ceux-ci ont notamment un intérêt majeur dans le cadre de la recherche, mais ils ont également une fonction importante sur le plan clinique. En effet, le visionnage des films permet de reprendre des séquences qui ont pu échapper au regard du thérapeute lors de la séance. L'expressivité du bébé peut être fugace, et le visionnage des séquences permet de saisir certains traits manifestés de manière subtile par le bébé. Cela a été le cas notamment pour le cas de Seydou que nous développons en troisième partie. Le dispositif vidéo permet d'analyser plus finement les conditions de disponibilité ou de fragilité relationnelle du bébé (installation, distance proximale, reflux gastro-oesophagien mamanaï...) en visionnant les moments d'échanges et de coupures relationnelles. Les séquences découpées peuvent aussi être retravaillées en supervision.

Certaines séquences peuvent être et vont venir soutenir le transfert parental. En effet, nous avons vu à quel point les entraves du côté du bébé peuvent interférer dans la relation du bébé avec ses parents et affecter les compétences parentales. Nous utilisons alors les captures d'écran ou la sélection des meilleures mini-séquences filmées pour les transmettre aux parents. Ainsi, nous leur présentons un regard auréolant, valorisant, soulignant les qualités de leur bébé. La dimension spéculaire est ici agissante. Nous avons pu constater cliniquement à quel point cela est soutenant pour les parents, notamment

quand le bébé est porteur d'un handicap. De nos jours, le partage d'images tient une place importante dans la vie quotidienne de tout un chacun, à l'heure des réseaux sociaux. Indépendamment de toute polémique concernant ces usages et leurs possibles dérives, il est criant de voir que certains parents de bébés avec un handicap ne prennent plus de photos de leur enfant. Ainsi, le regard qu'ils portent sur leur enfant peut venir prendre appui sur ces images que nous leur adressons.

Ainsi, la maman de Pia nous remerciait des photos que nous lui envoyions presque chaque semaine (par hasard les vendredis après-midi, après le créneau de supervision) en nous disant : « Vous n'imaginez pas à quel point cela nous fait du bien de voir des photos de notre fille comme ça ! ». Au bout de quelques mois, la maman commençait à nous envoyer elle aussi des vidéos de sa fille lorsque celle-ci faisait de nouvelles choses. De plus, cela nous a également soutenu en retour car c'était une période où nous rencontrions des difficultés techniques, notre ordinateur ne nous permettant plus de découper les séquences.

7. L'analyste, un entremetteur ?

Ces séquences photos et vidéos sont chaque fois intitulées avant d'être envoyées aux parents. Ces titres sont choisis avec soin, de sorte qu'ils soulignent ce que l'on perçoit de l'intentionnalité du bébé, adressée à l'autre, permettant aux parents de reconnaître les compétences que leur bébé peut exprimer, manifester. La dimension pulsionnelle est également véhiculée dans le choix des titres, en suscitant un éveil du désir et du plaisir relationnel (ex : « Je te mange des yeux, Maman », « Encore des bisous sur le ventre, Maman ! », « Dégustation de petons avec Maman... »). Le psychologue peut intervenir à la manière d'un entremetteur, transmettant les messages du bébé, en soulignant tout ce qu'il peut manifester de son désir adressé à l'autre. Ainsi, les photos soutiennent le transfert, mais favorisent aussi la reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé, malgré sa vulnérabilité ou son handicap.

Cliniquement, ce positionnement psychothérapeutique, en se plaçant du côté du bébé, se distingue des approches centrées sur l'écoute du discours parental, pour se mettre à l'écoute du bébé, en reconnaissant sa place de sujet et ses productions comme des actes subjectifs. Ainsi, le cadre psychothérapeutique est chaque fois singulier, selon les bébés accueillis. Le recours à ces outils sera ajusté au cas par cas, suivant le chemin

suivi par le bébé. Nous constatons que nous avons peu transmis d'images de Seydou à sa maman. Seydou nous a menés sur un chemin plus narratif au travers des films de séances, évoquant un récit de son vécu, que l'on pouvait saisir en re-visionnant les images.

II. Considérations éthiques

A. Partons de la clinique

En premier lieu, il est important de signaler que le cadre d'intervention pour Seydou se situe bien dans une finalité psychothérapeutique et s'inscrit dans le cadre institutionnel de prise en charge pluridisciplinaire du CAMSP. Cet enfant bénéficie d'un suivi médical par la neuro-pédiatre du CAMSP et d'une prise en charge transdisciplinaire combinant de la psychomotricité, de l'orthophonie et la psychothérapie.

C'est donc d'abord sous l'angle de la clinique psychanalytique que nous avons abordé cette situation, à partir du cadre de la psychothérapie. Comme nous le présenterons plus avant, c'est effectivement en tant que psychologue clinicienne au sein de l'institution que nous avons été sollicitée pour ce bébé. Lors de la première rencontre clinique, il est alors question d'une consultation unique, car une réorientation vers un centre spécialisé en surdité est prévue. Celle-ci n'aura finalement pas lieu, en lien avec la vague pandémique mondiale qui déferle à ce moment-là. Le projet de soins de cet enfant sera alors repensé, et le cadre psychothérapeutique au sein du CAMSP lui sera proposé.

B. Posture psychanalytique : entre clinique et recherche

A ce moment, l'état d'avancement du doctorat est centré sur la participation au groupe de recherche étudiant la cohorte de bébés sourds, et il sera ensuite question d'en dégager une problématique propre. La rencontre avec Seydou permettra, *in fine*, le déploiement d'un second volet de la thèse, appuyé sur une méthodologie de travail partant réellement de la clinique et de l'écoute du sujet-bébé dans cette psychothérapie.

L'idée de la recherche n'intervient pas au préalable. Il s'est agi avant tout du soin pour Seydou. C'est bien au décours de cette psychothérapie que s'est dessinée l'articulation de la recherche et de la clinique. Chronologiquement, c'est seulement à

l'issue de la psychothérapie que nous avons fait part de notre doctorat en cours aux parents de Seydou, et sollicité leur accord pour utiliser les films réalisés dans la psychothérapie comme matériel pour cette recherche. Il était fondamental pour nous de préserver la relation transférentielle établie dans le cadre de la psychothérapie ainsi que notre écoute psychanalytique.

L'étude préalable de la cohorte nous a réellement passionnée. Elle avait le mérite de nous offrir un terrain de recherche « à distance », dans laquelle nous n'avions pas d'implication en tant que clinicienne. Poursuivre la recherche à partir d'un cas issu de notre propre clinique était donc autrement plus engageant. L'idée a ensuite nécessité tout un temps de germination avant d'éclorre. Le cloisonnement des places psychiques occupées a permis de jalonner ce cheminement et de lever peu à peu les résistances psychiques.

C. La recherche au singulier

Ainsi, après un travail préalable à partir d'une cohorte permettant de valider des éléments quantitatifs concernant les facteurs de vulnérabilité psychique des bébés sourds, cette bifurcation vers l'étude d'un cas clinique a permis un retour vers la singularité qui est au cœur de la psychanalyse. Marcelli formule que « l'éthique de la recherche doit sans cesse balancer entre l'éthique du savoir et l'éthique du sujet » (p. 28, Marcelli, 1998). Cette dernière ne peut être abordée que du côté du singulier, par une étude de cas unique, telle une monographie. Comme nous le rappelle Widlöcher, ce procédé de recherche est particulièrement valide dans le champ de la recherche en psychologie, notamment pour dégager des connaissances nouvelles.

« Si la méthode inductive quantitative a surtout pour intérêt de vérifier la régularité d'un événement observé, la méthode du cas unique a surtout pour but de découvrir de nouveaux objets de connaissance. La première, forte sur le plan méthodologique, n'apporte pourtant rien de nouveau ; le contraire s'observe pour la seconde, fut-ce au prix d'une certaine faiblesse de la démonstration. » (Widlöcher, 1999).

C'est bien ce que nous avons entrepris par l'étude du cas de Seydou. En ce sens, nous nous sommes fondée sur la pensée de Parlato-Oliveira (2022) pour nous mettre à l'écoute de ce bébé et le laisser nous enseigner ces savoirs. Lors de la journée doctorale

en novembre 2020, Golse argumente que le bébé offre des ponts féconds entre la clinique et la recherche, dans la mesure où la rencontre avec un bébé implique « un état de réceptivité, de disponibilité et d'ouverture face à l'inattendu. On observe ce que l'on cherche, sans savoir ce que l'on attend » (Golse, 2020). La démarche psychanalytique se rapproche de l'état de recherche, dans la mesure où le patient qui consulte soumet une question singulière, un problème à résoudre. Par l'écoute du sujet de l'inconscient, le psychanalyste va se mettre dans une attitude de mise en sens, à partir du matériau amené par le patient.

III. Aspects Méthodologiques

A. Une méthodologie de recherche étayée sur une posture clinique psychanalytique

Notre posture de chercheur a pu véritablement s'établir à partir de notre positionnement en tant que psychologue psychothérapeute. Notre méthodologie de recherche s'appuie bien sur la posture psychanalytique. Lors de cette journée d'étude de l'école doctorale (novembre 2020), Golse propose un rapprochement entre la posture du clinicien et celle du chercheur. Pour lui, le clinicien est dans une posture de recherche vis-à-vis de son patient, car il recherche du spécifique chez son patient. Réciproquement, le chercheur en psychopathologie et psychanalyse doit ancrer son travail dans une expérience clinique authentique.

Notre positionnement clinique a bien été de nous laisser enseigner par le patient, dans une forme de capacité négative, en nous mettant en premier lieu à l'écoute de sa singularité.

B. Méthodologie du « trait » dans la recherche en psychanalyse

Nous référant au travail de Marie Couvert (2022), nous avons pris le pari d'un bébé « analysant », capable de nous transmettre des éléments de sa subjectivité par son « trait ». Couvert soutient l'idée de prendre appui sur la part active du bébé pour orienter la direction de la cure avec un tout-petit sujet. Les productions du bébé, par leur

insistance, vont constituer ce trait en tant qu'expression singulière. Elles sont ce que le bébé nous adresse, dans son langage, qui doit être écouté dans le cadre psychothérapeutique.

Ainsi, tout au long de la psychothérapie, notre écoute s'est orientée du côté de ce que Seydou manifeste, exprime. Nous avons cherché à saisir quelque chose d'une expression propre, intentionnelle et singulière dans ce qu'il nous donne à voir au cours des séances.

Par la suite, cette posture clinique a naturellement guidé le travail de recherche. En choisissant de prélever ce trait du bébé, de lui accorder un sens, sous forme d'un signifiant en LSF³⁵, nous avons pu déployer une articulation théorico-clinique en lien avec nos hypothèses de travail et proposer des éléments de réponses.

C. Les films : aspects techniques et éthiques

Pour Seydou, nous avons totalisé 48 séances réalisées, dont 28 ont pu être filmées, ce qui représente un peu plus de 20h de films. La dimension matérielle et technique représente une part considérable du travail. Sur le plan matériel, il est nécessaire d'avoir une caméra chargée avec suffisamment d'espace disponible pour le film, et de gérer le transfert des films sur un espace de stockage sécurisé. Il a fallu également s'assurer de trouver des moyens de connexions pour les séances en visio. Cela était un point pour nous aussi bien que pour la famille de Seydou.

Le stockage des films a nécessité un travail considérable en interne, avec le service informatique de l'association HOVIA, pour optimiser l'espace de stockage, en respectant les règles RGPD³⁶, mais également permettre de retravailler aisément les films. Cette partie très technique du travail s'est mise en place dans le cadre institutionnel, à mesure que nous avons eu recours au dispositif psychothérapeutique RIEPPI avec d'autres bébés suivis au sein du CAMSP. Ainsi, tous les films sont stockés dans un espace de stockage interne à l'établissement, compatible RGPD, de manière pseudo-anonymisée (3 premières

³⁵ Langue des Signes Française

³⁶ Règlement Général sur la Protection des Données. <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on>

lettres du prénom + 3 premières lettres du nom de l'enfant). Cela a nécessité des échanges très réguliers avec le service informatique, qui a tenu un réel rôle de « fonction support », en venant soutenir le travail clinique.

Lorsque nous avons débuté la recherche sur les films, il a été nécessaire d'en réaliser une copie, sur un disque dur crypté, financé par l'institution, avec l'accord de la direction du CAMSP et du responsable du service informatique. Nous avons scrupuleusement veillé à ce que les analyses vidéos aient toujours lieu dans des espaces de travail dédiés, isolés des personnes extérieures. Certaines séquences vidéos ont pu être visionnées et analysées avec des membres de l'équipe du CAMSP, ou avec le médecin pédopsychiatre référent de Seydou à l'UTES, le Dr Favrot-Meunier. Nous nous sommes appuyée sur le cadre clinique institutionnel pour garantir la gestion éthique des données recueillies.

D. La microanalyse des films : un accès à l'inconscient du bébé ?

A partir de ce trait initial, tiré d'une des premières séances (une des seules qui soit non filmée), nous avons sélectionné des extraits de séances filmées qui nous paraissaient significatifs, en suivant également notre ressenti transférentiel. Puis nous avons travaillé a posteriori en re-visionnant cette sélection, notamment en regards croisés, avec le co-thérapeute et en supervision.

D'un point de vue technique, le visionnage des séquences était réalisé à l'aide du logiciel QuickTime, qui permet d'isoler des images de manière très fine, seconde par seconde, de repérer des instantanés.

Nous souhaitons ici établir un rapprochement avec ce que déploie Stern (2004) à propos de l'entretien micro-analytique dans son ouvrage « Le moment présent en psychothérapie ». Dans une approche phénoménologique, Stern décrit une technique d'entretien micro-analytique permettant l'analyse de « moments présents » créant « un monde dans un grain de sable », suivant la métaphore du poète William Blake.

D'après les films de séances nous avons pu saisir ces « moments » dans les séances. La micro-analyse nous a permis de repérer « des schémas psycho-dynamiques plus vastes » (Stern, 2004, p.35) au sein de ces petites unités. Ainsi, nous rejoignons l'idée

proposée par Gratier (2023) que l'étude des images photos ou vidéos et l'analyse des films représentent une porte d'accès à l'inconscient du bébé.

Nous avons ainsi pu saisir *a posteriori* des éléments narratifs très élaborés dans le comportement de Seydou, que nous n'avions pas pu percevoir lors de la séance, mais qui se révélaient à nos yeux lors du visionnage du film. Nous avons pu approfondir la compréhension clinique fine de certains moments perçus comme intenses au cours d'une séance et mettre en évidence la richesse des mouvements psychiques inconscients impliqués. Puis nous avons articulé les observations cliniques tirées de ces analyses vidéo avec notre référentiel théorique concernant la constitution subjective du bébé.

IV. L'histoire de Seydou³⁷

A. Antécédents médicaux

Seydou est un jeune garçon né prématurément d'une grossesse gémellaire (obtenue par FIV³⁸). Il est originaire du Sénégal. Ses parents, vivant à Dakar, ont eu plusieurs tentatives infructueuses pour avoir un enfant (dont un bébé prématuré décédé). Ils ont prévu d'aller accoucher aux États-Unis où ils ont de la famille. En transit en France, la maman est adressée en urgence en maternité (niveau III) pour une menace d'accouchement prématuré. Les bébés naissent avec une prématurité extrême, à 25 semaines. Seydou pèse 590 g. Sa sœur jumelle ne survivra pas. La survie de Seydou nécessite une intervention chirurgicale aux conséquences lourdes, engageant des choix éthiques importants, étant donné le contexte extrême de naissance de ces bébés sur le sol français, sans projet de vie ici pour la famille. L'opération est réalisée, avec succès. Il nécessite une aide respiratoire pendant toute sa première année de vie, et sera nourri

³⁷ Cette section est extraite de l'article A. de Clerck, M. Fernandes-Veloso, C. Favrot-Meunier, E. Parlato-Oliveira, Enveloppes et pulsions dans la clinique infantile : analyse de la psychothérapie d'un bébé sourd, In *Analysis*, Volume 7, Issue 1, 2023, 100336, ISSN 2542-3606, <https://doi.org/10.1016/j.inan.2023.100336>.

³⁸ Fécondation In Vitro

plusieurs semaines par sonde. Il gardera des séquelles neuro-motrices et neuro-sensorielles (surdité sévère).

Son papa doit repartir travailler à Dakar. Les premiers mois, il vient ponctuellement en France auprès de sa femme et de son fils, avant que le contexte pandémique n'empêche totalement ses visites. À la sortie de l'hôpital, Seydou reste suivi en HAD³⁹ pendant de longs mois. Sa mère et lui seront hébergés par des amis de la famille, à Paris. Ils restent tous deux ainsi isolés loin de leur pays et de leur famille pendant encore une année, avant de rentrer au Sénégal juste avant son second anniversaire.

Au CAMSP, la neuropédiatre est en demande d'un avis sur le plan psychologique et relationnel pour cet enfant qu'elle a suivi depuis la néonatalogie⁴⁰. Une première consultation psychologique a lieu juste avant le confinement, alors que Seydou a 9 mois d'âge corrigé, 12 mois d'âge réel. Il apparaît comme un petit garçon avec une insécurité affective très forte, se manifestant par un agrippement presque constant à sa maman, dont il ne s'éloigne presque pas. Il est sensible à son environnement, à la présence de l'autre. Son regard est très mobile avec une expression inquiète. Il est très tendu, ne peut rester allongé. Passant par l'hyperextension, il se redresse immédiatement et s'installe à genoux, en W, comme sur des ressorts. Ainsi, il peut se déplacer dans la pièce en vidant les caisses de jouets, sans réellement s'y intéresser. Il revient régulièrement grimper sur les genoux de sa maman, à laquelle il s'agrippe fermement. Les interactions et échanges avec sa mère, comme avec une autre personne, sont possibles mais fugaces. On constate son évitement du regard, des signes de retrait relationnel, des intérêts restreints et des jeux répétitifs. La nécessité d'une psychothérapie mère-enfant apparaît comme évidente.

Seydou a bénéficié d'une psychothérapie et d'un suivi pluridisciplinaire au CAMSP pendant cette année, en partenariat avec un CMP spécialisé pour enfants sourds (UTES).

³⁹ Hospitalisation à domicile

⁴⁰ Ce paragraphe a été extrait de l'article : Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ? Réflexions à partir de deux cas de surdité infantile avec comorbidités, troubles de la communication et des interactions sociales. de Clerck, A., Favrot-Meunier, C., Marco Fernandes Veloso, M., Sabrina Da Costa, S., Rebichon, C., Thoueille, E., Parlato-Oliveira, E. Dans *Contraste* 2022/1 (N° 55), pages 201 à 225

Le dispositif de la psychothérapie d'approche psychanalytique est orienté selon l'approche RIEPPI. Il s'organise autour d'un temps clé de la vie du bébé (repas et jeux), et vise à soutenir la dimension pulsionnelle de la relation et les initiatives relationnelles du bébé.

Seydou et sa maman seront d'abord vus en visio, pendant le confinement, puis à domicile en suivi conjoint avec le CMP UTES, enfin au CAMSP, deux fois par semaine pendant 4 mois : l'une des séances se déroule librement au tapis, autour des contenus de jeu amenés par Seydou et des échanges avec sa maman. L'autre séance s'organise autour d'un repas. Les séances ont lieu au CAMSP et sont filmées par un co-thérapeute. Les séances en visio se poursuivront un temps à la suite du retour de la famille à Dakar.

Les films réalisés sont un outil précieux dans ce type de suivi. Ils permettent de garder une trace des séances afin de suivre l'évolution du bébé. Ils sont un support à l'élaboration lors des supervisions par une analyse fine et rigoureuse des extraits cliniques. Ils nous offrent un matériau tangible et fertile pour la recherche en psychanalyse.

B. L'enveloppe comme « trait »

La notion d'enveloppe a été tirée du premier signifiant repris par Seydou, en LSF, au cours de la thérapie : « Fermé ».

Seydou investit une maisonnette jouet de marque Tolo. Cubique, coiffée d'un toit rouge, deux de ses côtés sont des battants symétriques qui, en s'écartant, ouvrent la maison en deux. Sur la façade opposée, une petite porte d'entrée peut aussi s'ouvrir et se fermer. Des fenêtres ajourées offrent également des ouvertures à cette maison. Seydou lui accordera une place symbolique très forte qui lui permettra de raconter l'effraction des enveloppes et la recherche de contenance, et de se constituer une image du corps lui permettant de s'ouvrir au plaisir et à la relation. Cette maison introduit une première symbolisation autour de la question de la contenance. Celle-ci peut figurer à la fois un lieu originel, contenant maternel utérin, mais également un espace corporel et psychique propre.

Extrait issu de la seconde séance au CAMSP :

« Nous jouons à la dînette. Seydou fait semblant de touiller et de porter à la bouche. Je propose qu'il me fasse goûter, puis à sa maman. Nous imaginons que nous buvons un délicieux thé à la menthe, boisson que sa maman aime particulièrement. Nous jouons à savourer ensemble ce bon thé à la menthe.

À ce moment, le téléphone de la maman sonne : c'est le papa. Seydou s'écarte et tourne le dos. J'échange un instant avec le papa au téléphone pour l'inviter à rester en séance en visio un petit moment et partager avec nous ce succulent thé, mais il ne peut pas. Il espère obtenir prochainement un visa pour pouvoir venir en France. Durant ce temps, Seydou s'est écarté du téléphone en tournant le dos. Il s'éloigne et joue avec la maison Tolo qu'il ouvre et referme de manière répétée.

Je m'assieds près de lui, et je mime avec les figurines le papa qui va venir en avion et retrouver son bébé. Seydou continue son jeu mécanique, sans me regarder.

Je commente : « ouvert » « fermé » à l'oral accompagné des signes de la LSF, suivant le rythme de ses manipulations. J'interroge la maman sur l'intérêt particulier de Seydou pour les portes, ce qu'elle me confirme.

Je reste près de lui et joue à passer la main d'un côté à l'autre de la maison : je fais toc-toc, avant de passer la main par la porte. Cela l'amuse. Il joue à refermer soit alors que je mets ma main, soit quand ma main est retirée. Au bout d'un moment, il me regarde.

Je propose une interprétation autour de ce qui « s'est ouvert trop tôt » pour Seydou. Il lâche le jeu de la maison Tolo, et revient vers la dînette.

À la séance suivante, Seydou reprend le signe LSF « fermé ».

Ce premier signifiant, par son opposition lexicale avec le signifiant « ouvert », introduit d'emblée l'idée d'une contenance, qui s'inscrit dans le corps propre de Seydou (la bouche, le nez, les orifices, la peau...) à maintes reprises effracté par les soins médicaux très intenses indispensables à sa survie. Il peut aussi bien renvoyer au corps de la mère, à la cavité utérine dont il est sorti bien trop tôt. L'appel du père semble ici raviver une plaie encore ouverte, liée au traumatisme de la perte immense à laquelle ils sont tous les trois confrontés, dont Seydou cherche ici à se protéger.

L'interprétation lui permet une ouverture, du côté du plaisir oral, car Seydou peut ensuite cesser le jeu répétitif et s'intéresser de nouveau à la dînette.

Par ce signifiant « fermé », on peut s'interroger sur le signifié auquel il renvoie pour Seydou : À quoi se ferme-t-il ? Que lui faut-il fermer ou refermer ? Quelle « béance » combler ? (Lheureux-Davidse, 2003).

Nous l'entendons comme le « trait » que Seydou vient poser ici, une marque propre, une trace de sa singularité, dans la thérapie, tel que le propose Couvert (2018). Un signifiant venu s'imprimer sur la peau.

C. Le ratage du premier temps de la pulsion orale et la fermeture des lèvres

À domicile, nous avons pu assister à des moments de repas. Ceux-ci se passent de manière expéditive et opératoire. Seydou s'agite, se détourne sur les côtés, et ne regarde pas sa mère. Sa maman, très soucieuse de son poids, emplit de grandes cuillères qu'elle enfourne dans la bouche que Seydou entrouvre. Celui-ci pince légèrement les lèvres au moment de l'entrée de la cuillère et contrôle ainsi la quantité de purée ingérée. Il garde ensuite la nourriture dans les joues, et sur le devant de la bouche, mobilisant très peu la gorge.

Sur le plan des enveloppes, ces scènes nous font penser à ce qu'écrit Haag (2018) sur les premières expériences de tétées « yeux dans les yeux/mamelon dans la bouche » venant constituer une première forme de sphère contenance. On peut se demander comment se sont passées les premières expériences autour de l'oralité, dans ce contexte de prématurité extrême, et dans quelle mesure elles sont venues marquer les premières représentations de contenance.

Sa maman nous racontera à la séance suivante son souvenir des expériences de nourrissage en néonatalogie. Seydou a été nourri par sonde gastrique pendant 5 mois. Celle-ci passait par sa bouche, car il avait aussi un apport d'oxygène nasal. Il ne supportait pas la sonde et passait son temps à l'arracher, nous livre-t-elle. Elle a tiré son lait pendant 8 mois, tout le temps qu'a duré l'hospitalisation. Elle avait de grandes quantités de lait, qu'elle donnait en grande partie au lactarium, ce qui lui permettait de témoigner sa reconnaissance envers les soins prodigués à son fils et soulageait ainsi un lourd vécu de dette vis-à-vis du système hospitalier français.

Suivant la lecture de Couvert (2018) on suppose un ratage au premier temps du circuit pulsionnel dans le champ de l'oralité dans l'histoire de Seydou : « Bon nombre de fermeture de lèvres sont dues uniquement au fait qu'on ne prend pas le temps d'attendre que le bébé soit disposé à les ouvrir » (p. 67). La fermeture des lèvres témoigne de la part subjective, active de Seydou pour résister, d'une part, à un vécu traumatique d'intrusivité par les soins médicaux, d'autre part aussi de sa sensibilité à l'inquiétude maternelle qui porte un lourd poids : celui du deuil de la petite jumelle, celui qui conditionne la survie de son bébé dans ce contexte de prématurité extrême, associé à celui, symbolique, mais non moins pesant, de la dette morale.

Ce ratage dans les premières expériences orales de Seydou présente une double répercussion, à la fois sur le plan de la constitution de la contenance de la bouche et des enveloppes, et sur le plan de son appétence pulsionnelle.

Cette séance suivante donnera également lieu à une scène relationnelle très enseignante⁴¹. En effet, afin de faciliter l'échange avec la maman, nous organisons un moment d'aparté avec la maman pour écouter son vécu de la période néonatale de Seydou. Nous proposons à la maman de venir s'installer dans un coin de la pièce où sont installées deux chaises, tandis que Seydou peut rester de l'autre côté de la pièce, jouant avec le co-thérapeute.

La maman doit se lever du tapis pour venir vers la chaise. Elle est préoccupée de l'inquiétude que ce déplacement va pouvoir provoquer chez son petit garçon et reste figée un moment. Hésitante, elle semble attendre le bon moment pour se lever. Pendant ce temps, Seydou est occupé à jouer à un jeu de dînette que le co-thérapeute, M. Fernandes, a engagé avec lui. Par l'observation des films on constate que, dès que la maman s'apprête à amorcer un mouvement pour se lever, Seydou va spontanément se tourner vers elle pour lui offrir quelque chose à boire ou à manger avec la dînette, ce qu'elle accepte et qui

⁴¹ Cette scène a été publiée dans l'article de Clerck, A., Favrot-Meunier, C., Fernandes-Veloso, M., Da Costa, S., Rebichon, C., Thoueille, E., Parlato-Oliveira, E., (2022) Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ? Réflexions à partir de deux cas de surdité infantile avec comorbidités, troubles de la communication et des interactions sociales. In *Contraste*, n°55. Pp.201-225.

a pour effet de la maintenir près de lui. On peut percevoir ce geste comme un mouvement pulsionnel envers sa mère, mais également comme un comportement d'attachement.

Une fois qu'elle est sur la chaise, Seydou se tourne dans notre direction. Il se dirige vers sa mère et vient se mettre contre sa jambe quelques secondes. Puis il revient spontanément vers M. Fernandes et reprend avec lui le jeu. On a l'impression que, dès lors qu'il se saisit de la nouvelle configuration, il trouve une opportunité de tester, d'explorer. Il s'engage dans un jeu assez sonore et joyeux avec le stagiaire. Il joue à lui cacher les yeux avec ses mains, puis à les retirer pour qu'ils se regardent à nouveau. Après un temps de jeu, il s'éloigne en direction de sa mère, se retourne vers le co-thérapeute, lui envoie un baiser, sourit et poursuit vers sa maman. Il répète cette action jusqu'à arriver aux pieds de sa mère ; par contre, cette fois-ci, il ne s'agrippe pas mais signifie simplement sa présence auprès d'elle. Nous interrompons alors un instant notre échange pour nous tourner vers lui, il sourit simplement et revient volontiers vers le stagiaire pour reprendre leur jeu, sans se retourner vers sa mère.

D. « Hum...miam » ... « c'est bon ! » : une ouverture libidinale

Seydou ouvre progressivement la bouche lors des séances de repas qui suivent. Nous prenons soin de son installation et nous encourageons sa maman à présenter des portions plus réduites des savoureux petits plats « maison » qu'elle cuisine. Nous soutenons une rythmicité plus ajustée dans ce moment de repas, que l'on ponctue d'éloges sur les talents de cuisinière de maman. Nous nous régalons tous trois du spectacle de Seydou qui trône dans sa chaise haute et prend le temps d'apprécier les saveurs épicées des mafés sénégalais.

Il nous invite à partager son plaisir, qu'il exprime par un petit gémissement, tout en plaquant la paume de sa main sur ses lèvres. Peu à peu, l'expression de ce plaisir partagé se ponctue d'un « Hum...miam » vocalisé et accompagné d'une gestuelle « à l'italienne » (les doigts rassemblés embrassent les lèvres, puis la main s'ouvre en s'écartant du visage, tandis que la bouche s'ouvre dans le claquement d'un bruit de baiser suivi d'un soupir de plaisir) auquel nous répondons toujours en écho « c'est bon ! ».

Dans cette gestuelle de la main sur la bouche sont impliqués les registres tactile, oral et scopique, mais également invocant. Le « hum...miam... c'est bon ! » apparaît

comme un point de nouage des champs pulsionnels permettant l'inscription du pulsionnel. Seydou va répéter cette expression de partage de plaisir de très nombreuses fois, en élargissant peu à peu les contextes dans lesquels il l'utilise. Jouer à se dire combien « c'est bon ! » vient se mettre au cœur de nos échanges. Cela vient à se généraliser en se reproduisant dans d'autres contextes thérapeutiques, et dépassant le cadre du plaisir oral. Dans le cadre des séances d'orthophonie, Seydou reprendra cette même exclamation pour partager son plaisir de jouer à faire des bulles. Ainsi, le signifiant « fermé » vient trouver son contraire dans une ouverture active au plaisir.

E. Seydou symbolise la recherche des enveloppes : la pulsion invocante

L'analyse des films de séances nous a permis de constater la richesse des capacités symboliques de Seydou. Voici un extrait de séance qui a particulièrement retenu notre attention.

« Seydou est assis au sol, il joue à faire entrer les personnages dans la maison Tolo. Sa maman est installée sur une chaise, dans son dos, tandis que je suis au sol, auprès de lui. Le co-thérapeute qui filme se trouve face à lui, en retrait, pour cadrer l'ensemble de la scène.

Seydou place le personnage « bébé » dans la maison. Il tient les deux côtés de la maison, puis l'incline en lui imprimant un mouvement de gauche à droite, ce qui a pour effet de faire glisser le bébé par la porte entrebâillée. Seydou lâche un « oh ! » de surprise, puis se saisit du personnage « papa ». Il le tient un moment d'une main, puis de l'autre, avant de le replacer dans la maison. Je recueille le bébé, et joue le bébé qui appelle papa, puis je viens placer à mon tour le bébé dans la maison. Seydou s'éloigne un peu à quatre pattes, puis se met à aller à reculons en direction de la maisonnette. On voit très nettement qu'il tente lui-même d'entrer à reculons dans la petite maison Tolo (sans y parvenir dans la réalité). Il poursuit son mouvement de recul dans ma direction, jusqu'à venir se trouver un bref moment dans mon giron.

Il s'en dégage aussitôt et poursuit son déplacement vers le bord du tapis, qu'il soulève. Puis il se tourne et recule doucement en direction de la chaise sur laquelle est assise sa maman, sous laquelle il se faufile. Dans ce mouvement, il regarde le co-thérapeute, tandis que son dos frôle le pan de la veste de sa maman, qui dépasse de la chaise. Une fois blotti sous la chaise, il

s'arrête un petit moment et me regarde. Puis il repart à quatre pattes en avant, ressort entre les jambes de sa maman, sur lesquelles il s'appuie pour se mettre debout puis tend les bras vers elle pour être pris dans les bras. J'encourage sa maman à percevoir sa demande et à le prendre dans ses bras, puis je l'invite à venir s'installer avec lui au tapis. »

Nous nous émerveillons des capacités de Seydou à mettre en narrativité l'histoire d'une naissance soudaine suivie d'une recherche d'enveloppe et de contenance. On peut constater son mouvement, ce qu'il initie et vient demander activement dans cette quête de contact. Il semble que le contact qu'il vient trouver sous la chaise lui permet d'organiser un regard vers l'autre, qu'il adresse au co-thérapeute, puis à la thérapeute. Il y a là une forme d'adresse à l'autre, à entendre ce qu'il vient ici raconter de sa souffrance, dans cette mise en scène. Ce regard semble s'organiser dans un double appui, trouvé dans le contact tactile avec le manteau de sa mère, et dans la contenance de l'enveloppe spéculaire/scopique proposée par le regard et la caméra du co-thérapeute.

F. Le champ spéculaire

Une autre séance qui nous a tout particulièrement intéressés s'est déroulée quelques semaines plus tard.

« Après un moment de repas écourté car Seydou n'avait pas faim, sa maman le descend de la chaise haute et le met debout au sol. Seydou se dirige de manière précipitée et chute en passant sur le tapis, devant le miroir. Il poursuit à quatre pattes et prend appui de la main sur le miroir (en y jetant un bref coup d'œil) pour se redresser, puis se réfugie dans le recoin de la salle, sur le côté de l'armoire. Il s'installe dans ce petit coin, et nous regarde. Sa maman m'indique qu'il commence à jouer à cache-cache à la maison. Je me tiens alors derrière l'autre flanc de l'armoire et me penche pour cacher le haut de mon corps. Il tend la main vers moi et vient me trouver dans un mouvement de complicité et de jubilation. Il retourne se cacher dans le recoin, son regard va vers moi, puis vers sa maman, puis vers le co-thérapeute. La maman participe à ce jeu en cachant son visage derrière ses mains. Soudain Seydou devient immobile, son corps se tend, on voit qu'il est en train de faire caca dans sa couche. Pendant ce temps, il met la main sur sa couche et promène son regard vers nous trois. Puis quand il a fini, il jaillit hors de son recoin, se précipite vers des jouets au sol, les jette derrière lui. Il a aussi un reflux et saisit au vol le personnage "papa" Tolo, dans un geste d'agrippement. Il erre un moment,

se dirigeant furtivement vers le co-thérapeute, puis vers moi, et enfin vers sa maman, puis lâche le jouet papa. »

On voit que Seydou n'est pas solide dans son redressement quand il se déplace dans la salle après le repas et qu'il chute devant le miroir. Il ne trouve pas appui dans son reflet pour se rassurer et se redresser. L'espace du recoin, et le jeu de cache-cache, qui lui permet de jouer avec nos regards lui offre une contenance scopique plus soutenante.

On voit qu'il symbolise quelque chose de l'introjection quand il se saisit de la figurine du papa qui fait penser au concept de l'*Ausstossung* de Freud, 2017. Alors que Seydou, par une première symbolisation primaire, jette les objets (« *Ausstossung aus dem ich* »), il introjecte l'objet étayant « Papa ». Il y a là un acte psychique de dedans et de dehors qui évoque les mécanismes d'expulsion-réintrojection et de symbolisation décrits historiquement par Klein pour le cas Dick (1930).

Les moments de change qui avaient été observés à domicile quelques mois plus tôt nous avaient paru aussi expéditifs que les temps de repas, Seydou se tournant de tous côtés tandis que sa maman opérait le changement de couche le plus rapidement possible. La maman nous avait expliqué que Seydou ne supportait pas d'être installé sur les plans à langer, par association aux auscultations médicales à l'hôpital.

À partir de la pensée de Haag, on peut dire que les éprouvés sensoriels et relationnels autour du vécu néonatal ont imprimé une trace traumatique dans le tactile du dos, fragilisant la constitution de l'enveloppe et de l'arrière-plan.

Le corps des bébés prématurés, soumis à de lourdes hospitalisations, est difficilement investi du côté du plaisir. Couvert (2018) nous dit qu'il s'agit pour ces enfants de « parer à une désexualisation, ou une non-sexualisation » du bébé. Selon elle, il y a une « part pulsionnelle à prélever chez le bébé », qu'il est nécessaire de « la supposer pour pouvoir la faire émerger ».

Revenons à notre séance.

« La maman a installé rapidement un espace de change sur le tapis. Elle prend Seydou et l'allonge pour le changer. Le co-thérapeute se tient en retrait, un peu derrière la maman, et cadre l'ensemble de la scène. Seydou s'agrippe à la lanière du sac à langer,

puis à son pantalon que sa maman a laissé au bout de ses pieds. Il presse ses doigts sur sa couche, au moment où sa maman la retire et se trouve avec la main sur son zizi. Sa maman lui retire et le nettoie. Je dis à Seydou à l'oral et en LSF qu'il a fait un beau caca. Seydou s'agrippe à la lanière du sac à langer et vocalise « bopapa ». Sa maman répond « bonjour papa ». Seydou libère totalement ses pieds de son pantalon. Il se retourne aussitôt sur le ventre. Sa maman le remet sur le dos. Il touche son zizi pendant que sa maman continue de le nettoyer. Je lui parle et le complimente. Il me regarde un instant, reprend la lanière du sac et vocalise « papapapapa ». Il attrape son pied, puis son zizi, pousse un petit cri de surprise en trouvant le regard du co-thérapeute. Il se détend, allonge ses jambes. La maman m'explique que Seydou aime beaucoup être sans couche. Seydou plonge alors son regard dans celui du co-thérapeute en lui adressant le signe de « Hum miam...c'est bon ! ». Le co-thérapeute lui répond, et s'ensuit un long échange entre eux, Seydou exprimant et adressant son plaisir avec une intensité grandissante. Sa maman termine de remettre sa couche, puis de fermer le body. Seydou se tourne et se redresse pour s'asseoir. Tournant la tête au-dessus de son épaule, il lance une nouvelle fois un regard complice vers le co-thérapeute ».

L'intensité émotionnelle de cette scène la rend très enseignante. Sur le plan des enveloppes, on voit le mouvement qui s'opère entre les éprouvés sensoriels et l'expérience de contenance, qui soutiennent une possibilité d'élan pulsionnel.

Dans un premier temps, Seydou utilise un agrippement continu pour préserver une certaine contenance tout au long de ce moment (lanière du sac, pantalon, pied, sexe...). Le tactile du dos apparaît en tant que contenant psychique effracté par le vécu de prématurité et qui va se trouver soutenu par l'enveloppe scopique instaurée dans le dispositif thérapeutique. Puis les appuis du dos (arrière-fond) et du regard soutenant du co-thérapeute qui le filme semblent lui permettre d'introjecter suffisamment de contenance pour supporter l'interpénétration des regards dans une expérience de partage de plaisir. Quelque chose ici se répare, qui soutient son élan pulsionnel qui vient ici s'adresser à l'autre, permettant une relance des mécanismes projectifs et identificatoires. Le co-thérapeute, investi comme représentant paternel, tient un rôle prépondérant dans cette scène. Le regard complice que Seydou lui lance à la fin de la scène témoigne aussi de l'intériorisation comme une présence d'arrière-plan, unifiante et étayante.

Couvert insiste sur le croisement des différents registres pulsionnels pour permettre l'inscription du pulsionnel. Ici, les champs tactiles, scopiques et invocants se croisent et se nouent à différentes intersections du bouclage du circuit pulsionnel. La pulsion scopique est éminemment relationnelle, Seydou est doublement protégé car il regarde le co-thérapeute qui le regarde lui-même à travers l'œil de la caméra. Il bénéficie de l'arrière-fond en étant couché au sol sur le dos, il a alors une enveloppe interne suffisamment solide pour projeter du pulsionnel à l'extérieur.

En poursuivant le bouclage du circuit pulsionnel, on saisit également l'enjeu narcissique de cette scène. Le regard et la caméra du co-thérapeute viennent offrir un miroir auréolant à Seydou au premier temps de la pulsion scopique. Celui-ci pousse un cri de surprise en se voyant dans ce « miroir » au second temps autoérotique de la pulsion scopique. Il y trouve un appui narcissique plus structurant, qui le soutient pour accéder au troisième temps de la pulsion, en s'offrant au regard du co-thérapeute. La pulsion invocante vient alors se tisser dans cette trame relationnelle, dans l'expression du plaisir « hum...miam... c'est bon ! ».

Après un éprouvé corporel complexe à vivre au moment de déféquer, ce temps de change vient restaurer Seydou dans un moment de plaisir et le conforte dans une place plus « intronisée » de « bon bébé ». Ainsi, le bouclage du circuit pulsionnel confère à la source, le corps libidinalisé, la structure/valeur de « bord », venant contenir mais aussi s'ouvrir au plaisir.

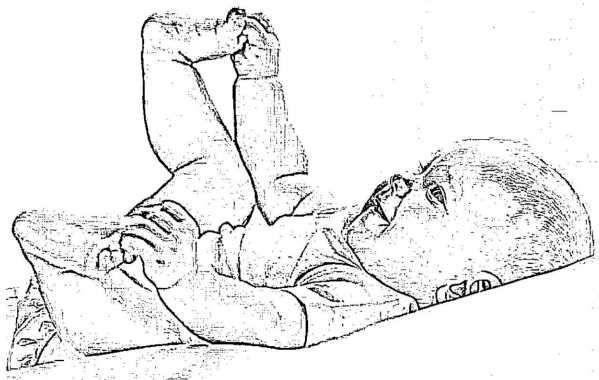
Comme dans le cas Dick (Klein, 1930), nous voyons comment la psychothérapie vient relancer les processus d'expulsion-réintrojection et les mécanismes de symbolisations. Lacan (Séminaire 1, Les écrits techniques, février 1954) en proposera une relecture soulignant l'importance du symbolique ouvrant le registre de l'imaginaire et l'image de soi unifiée (stade du miroir). Laznik (2016) fera l'hypothèse que c'est l'émerveillement dans la prosodie de Klein et la pulsion invocante qui opèrent en ré-insufflant du désir.

G. Pulsion tactile et pulsion motrice

Dans les séances suivantes, nous pouvons constater une plus grande détente corporelle pour Seydou, qui peut profiter des échanges avec plus de plaisir. La tonalité

pulsionnelle des jeux circule d'un champ sensoriel à un autre. Au croisement des registres pulsionnels répond le croisement des sensorialités. Seydou peut sourire et rire, il émet des vocalises, sa gorge se détend. Il s'allonge au sol sur le dos, ce qui était une posture qu'il n'appréciait pas jusqu'alors, il tient ses pieds dans la posture dite « du bébé heureux » (yoga), prend plaisir à bouger, rouler, s'étendre et éprouver le contact de l'autre contre lui.

Cette posture, particulièrement bien nommée dans la discipline du yoga, consiste à s'allonger sur le dos, à enrouler le bassin et tenir un pied dans chaque main, en imprimant un léger mouvement de balancier, ce qui apporte une grande détente corporelle. Son nom est directement inspiré de la tendance naturelle du bébé bien portant à profiter de sa souplesse pour expérimenter les postures, jouer avec ses pieds, qu'il porte avec plaisir à sa bouche, au tapis ou sur la table de change. Le bébé éprouve une expérience de satisfaction pulsionnelle à l'endroit de son corps. Cependant, ce plaisir auto-érotique se partage, lorsque le bébé cherche à se faire voir et à goûter le plaisir qu'il peut ainsi procurer à l'autre en lui offrant le spectacle de ses rondeurs et petits plis, à se faire admirer.



Dans cette posture, le bébé prend son corps propre comme objet pulsionnel. Il éprouve par ses jonctions l'unification des parties de son corps autour de cet axe. C'est une posture d'auto-érotisme, au second temps réflexif. Couvert (2022) postule que ce second temps réflexif - lorsque la pulsion a bien pu effectuer son bouclage complet, qui passe par l'autre - vient garantir l'entrecroisement des champs pulsionnels : l'ensemble des registres s'y trouve impliqué. Le bébé se porte et organise ses axes corporels, squelette interne de la contenance. Ce second temps réflexif procède de l'introjection de contenance, et par là-même contribue à l'aménagement narcissique.

Mais revenons à Seydou. Des petits jeux tactiles (chatouilles, la petite bête qui monte, jeu sénégalais avec le chat dans la main) peuvent s'installer avec nous ou sa mère. Seydou les apprécie, il anticipe avec plaisir et excitation la séquence narrative de ces jeux, et les relance. Il bascule au tapis, vient s'appuyer, se lover contre sa maman, laisse son corps au repos un instant, semblant profiter de cette détente. La recherche de contact corporel vers elle se teinte de tendresse plus que d'un agrippement inquiet. Le plaisir sensoriel partagé éprouvé dans la relation à l'autre vient se mettre au cœur des échanges avec Seydou. Il y a un effet d'intériorisation de l'Autre en tant que figure d'arrière-plan, contenant, sécurisant, lui permettant de profiter du plaisir relationnel à l'autre.

H. Les re-trouvailles

A la fin du mois, Seydou et sa maman quittent la France pour retourner à Dakar. Les séances ont pu se poursuivre en visio durant les mois suivants et nous avons poursuivi l'enregistrement des séances via zoom. Les premières semaines, un créneau hebdomadaire a été maintenu. Après plusieurs mois, les rendez-vous se sont progressivement espacés, mais les liens restent existants⁴².

Lorsque nous retrouvons Seydou pour la première fois en visio depuis Dakar, nous faisons l'expérience d'un transfert qui se poursuit à distance et peut voyager à travers les outils technologiques, même avec un très jeune enfant. Voici le récit de ces « re-trouvailles » à distance. Seydou montre une pulsion invocante à l'œuvre et déploie toutes ses capacités pour nous les raconter.

Seydou se trouve sur les genoux de sa maman au début de la séance. Celle-ci est connectée avec son téléphone et se trouve installée dans un salon situé à l'étage de la maison. L'écran est petit, la nouvelle installation technologique est balbutiante de part et d'autre. Le co-thérapeute et moi sommes installés dans deux bureaux séparés chacun sur un écran (afin de faciliter la connexion et nous permettre d'être sans masque). Au bout de quelques minutes, Seydou quitte les genoux de sa mère et se dirige vers la porte du salon dans lequel ils se trouvent. Sa maman tente à plusieurs reprises de garder l'attention de Seydou et de ramener

⁴² Nous échangeons occasionnellement des nouvelles avec la maman. Au mois d'avril 2023, Seydou et sa maman ont pu revenir en France pour un court séjour et n'ont pas manqué de revenir nous voir au CAMSP, plus de deux années après le retour à Dakar.

son intérêt vers un jeu dans la pièce, sans succès. Seydou se tient près de la fenêtre et joue avec le rideau fin qui voile la fenêtre. Nous entreprenons un jeu de coucou-caché. Seydou se cache derrière le rideau, et nous disparaissions tour à tour sur le côté de l'écran.

Ce jeu rappelle clairement le jeu de fort-da décrit par Freud, et classiquement décrit lorsqu'investi par les jeunes enfants qui mettent en scène la séparation et les retrouvailles avec l'autre. Ainsi, le jeu mis en scène par Seydou vient évoquer la situation relationnelle dans laquelle nous nous trouvons ainsi, de nous retrouver, après une séparation. Il vient aussi introduire le récit que Seydou nous fera par la suite de ce qu'il peut vivre comme ses propres retrouvailles, avec ce retour à Dakar, avec les objets perdus. *Car quelques minutes plus tard, Seydou reste près de la porte et tend la main vers sa mère d'un geste d'invitation, qui semble dire « viens ». Sa mère ne semble pas comprendre, et Seydou insiste. Nous comprenons que Seydou manifeste le désir de sortir de la pièce et proposons le signe de « sortir ». La maman ouvre la porte et nous « sortons » ensemble vers une sorte de coursive. Seydou s'avance et se retourne vers l'écran du téléphone que la maman oriente vers lui. Nous répondons en signe à Seydou « oui, on te suit ! ». Seydou poursuit son chemin et se tourne plusieurs fois vers l'écran, comme pour s'assurer de notre présence. Je signe « tu veux nous montrer, tu nous fais visiter ! ». Nous nous laissons guider par Seydou, portés par la curiosité de découvrir son nouveau cadre de vie. Comme s'il nous prenait par la main pour nous faire découvrir les trésors que recèle son nouvel univers. Il arrive près d'une large porte ajourée en fer forgé entrouverte sur une cage d'escalier. Seydou la ferme, la regarde, la touche, puis la rouvre. Nous nous émerveillons avec lui de ce superbe élément de son nouveau décor, qui peut s'ouvrir, se fermer, tout en laissant passer le jour à travers les volutes en ferronnerie ouvragée. Puis Seydou se dirige vers un balcon occulté d'un store. Il en soulève un pan, puis crie et agite la main au-dessus de la rambarde. Nous apercevons au loin une fillette qui sort de la maison en face. La maman nous explique qu'il appelle une petite voisine, d'âge proche, avec qui il a fait connaissance. Nous comprenons avec émotion que Seydou a rencontré une amie et qu'il veut nous la présenter ! Seydou s'éloigne vers l'escalier et descend avec empressement. Il jette régulièrement un œil vers le téléphone, insistant pour que nous le suivions. Nous arrivons derrière lui dans une cour intérieure, juste à temps pour le voir ouvrir un grand portail et saluer Awa, sa nouvelle amie, sur le pas de la porte. Nous la saluons à notre tour, à travers l'écran du téléphone. Puis Seydou invite Awa à entrer dans l'enceinte de la cour. Seydou ne délaisse pas*

l'échange avec nous pour jouer avec son amie, il poursuit la visite et nous conduit vers une seconde cour, dans laquelle est garée une voiture. La portière ouverte, Seydou y entre, suivi par Awa. La maman nous explique qu'il s'agit de la voiture dans laquelle son papa l'emmène chaque matin se promener, moment que Seydou apprécie tout particulièrement.

Cette séance était très intense émotionnellement. Le contraste entre la grisaille de l'hiver parisien et les couleurs du Sénégal était saisissant. Malgré l'étroitesse des petits écrans et l'instabilité de la connexion, nous nous sommes sentis transportés dans le nouveau monde de Seydou, emportés par son enthousiasme à partager avec nous ses belles découvertes. Son désir de partager avec nous était manifeste par le regard régulier qu'il portait vers l'écran du téléphone, qui évoque une référence à une figure d'arrière-plan intériorisée. De plus, il était clair que l'attitude de Seydou était à dessein dès lors qu'il a signifié son désir de sortir de la pièce, quelques minutes après le début de la connexion en visio. L'intentionnalité de Seydou était manifeste, son désir de partager avec l'autre également. La séquence s'est achevée sur un temps de repas que Seydou a dévoré avec force appétit, sous nos yeux ébahis. Son plaisir et son appétence sont venus nous rassurer sur son acclimatation à la vie dakaroise au sein de sa famille. Dès lors nous constatons son intérêt pour l'autre, en l'occurrence nous, et la solidité des liens qui se sont établis au fil des mois de thérapie. Nous nous trouvons émus de ce lien unique qui s'est tissé entre nous.

Par ailleurs, la symbolique des trois objets qu'il nous a présentés était particulièrement forte. La porte en fer forgé, faisant écho au signifiant « fermé », et au jeu répétitif dans lequel Seydou trouvait refuge en séance, apparaissait ici comme un nouvel objet de contenance et de réassurance, sous une forme magnifiée, pouvant s'ouvrir sur l'imaginaire.

La petite voisine évoque bien évidemment un autre, alter égo ou double, comme l'avait été pour lui sa jumelle pendant les 7 mois de vie in utero. L'enthousiasme de Seydou et son insistance pour nous présenter sa nouvelle amie témoignent de l'importance de cette rencontre pour lui sur un plan fantasmatique. On peut percevoir une possibilité de réparation de la terrible perte subie de sa sœur jumelle, et imaginer l'espoir retrouvé de pouvoir partager des jeux avec des pairs.

Enfin, la voiture de son père apparaît comme objet phallique, renvoyant à une image paternelle forte, à laquelle Seydou est invité à s'identifier lors des promenades complices avec son père. L'idée de contenance se trouve également présente, la voiture présentant des portières et un habitacle servant de refuge sécurisant pour s'aventurer vers la découverte de nouveaux horizons.

I. Transfert et contenance psychique à distance : la possibilité d'un apaisement

Nous souhaitons partager enfin une dernière vignette clinique, qui a eu lieu deux mois plus tard. Nous avons conservé des séances en visio à un rythme hebdomadaire. Certaines avaient été annulées en raison d'autres rendez-vous de la famille à Dakar qui cherchait des relais pour le suivi de Seydou à Dakar, ou en raison de maladies passagères de Seydou qui s'acclimatait aux conditions de vie dakaroises. A cette période, Seydou avait eu du mal à se débarrasser d'une infection intestinale, et il avait été nécessaire d'effectuer des examens complémentaires et de lui prescrire un traitement, qu'il refusait de prendre.

Lors d'une séance, lorsque la connexion s'établit, nous découvrons Seydou hurlant et se débattant sur les genoux de sa mère, qui peine à le contenir. Pendant un instant nous nous demandons si Seydou n'est pas encore trop malade pour sa séance, mais nous réalisons que cette maman, malgré l'état de crise de son fils, a tenu à se connecter pour la séance et qu'il y a là un appel à l'aide. Elle explique que Seydou ne peut se calmer tant qu'il n'aura pas vomi. Elle devait lui donner un médicament pour soigner son infection et a dû le forcer à l'avalier. Seydou hurle, tousse, cherche à se faire vomir. La maman nous dit que Seydou refuse systématiquement toute prise de médicaments. Nous expliquons que cela réactive trop de mauvais souvenirs pour Seydou, car il a eu beaucoup de soins invasifs lors de la période d'hospitalisation. Les pleurs de Seydou sont si forts que je peine à me faire entendre par la maman. Nous formulons à l'oral et en signes LSF que ce sont là des mauvais souvenirs du passé, et qu'il s'agit d'une autre maladie aujourd'hui, que le médicament est pour lui faire du bien.

Nous proposons à la maman de faire un câlin à Seydou. Derrière l'écran, nous faisons un geste de bercement avec un balancement, et commençons à fredonner doucement « câlin, câlin... ». La maman tient Seydou contre son côté gauche et l'entoure de ses bras. Épuisé, il

se laisse porter et cesse de se débattre, mais continue de pleurer. Elle chantonne « bateau, sur l'eau... ». Sa voix est inquiète. Elle commence à le bercer en se balançant d'avant en arrière, le tapote doucement, lui répète « voilà voilà voilà » et que « c'est fini ». Elle imprime un léger tressautement avec ses jambes. Nous reprenons le chant de la maman et fredonnons « bateau sur l'eau » à notre tour. Puis nous poursuivons en inventant de nouvelles paroles pour Seydou, toujours sur l'air de « bateau sur l'eau » :

Seydou est malade, ça fait mal partout partout

Seydou est malade, ça fait mal dans ton bidou

Seydou t'es malade, un microbe qui t'embête

Seydou, c'est maman qui donne le médicament

C'est pour te faire du bien,

Pour vaincre le méchant microbe

C'est pour te faire du bien,

Que tu sois bientôt guéri

Oh la la, oh la la, pauvre Seydou qui est malade,

Oh la la, Seydou, c'est pas drôle du tout pour toi

Oh la la, on se calme, ça fait du bien le câlinou

Seydou, qui est malade et qui a mal dans son bidou

La la la la la ...

La maman poursuit le bercement silencieusement, en ralentissant peu à peu son rythme, rejoignant le rythme de la chanson. Le co-thérapeute nous suit et s'accorde naturellement à notre rythme et nous imprimons ensemble le même balancement en cadence. Les petits tapotements de la maman se font plus légers encore. Elle écoute le chant, et semble se laisser porter par le rythme tout en étant attentive au récit simple des malheurs de Seydou évoqué par les paroles. Peu à peu, les pleurs de Seydou cessent et il se calme. Ses

yeux restent un moment ouverts, puis se ferment. Un instant plus tard, la maman nous dit qu'il est endormi.

Cette séquence dure 4 minutes 35 secondes, et nous y retrouvons beaucoup d'éléments théoriques auxquels nous nous sommes référés en amont, et qui nous éclairent sur les processus psychiques en jeu.

En premier lieu, nous percevons clairement la réactivation traumatique pour Seydou face à une infection nouvelle, qui donne lieu à des soins intrusifs. Celle-ci donne lieu à un état de désorganisation important, se manifestant par cette crise émotionnelle forte, dans laquelle l'expulsion, par la recherche du vomissement, vient en défense contre ce vécu intrusif. La désorganisation touche tout le corps, Seydou ne peut trouver de contenance, son corps semble désarticulé et retombe dans un morcellement chaotique. Nous percevons également l'état d'angoisse de la maman ; qui est comme sidérée, également envahie par la réactivation des angoisses de mort et la reviviscence traumatique de la période néonatale de son fils. Elle est prise par l'inquiétude pour la santé de son petit garçon et l'impossibilité de le soigner sans le brusquer ni réveiller ces vécus traumatiques douloureux. Malgré cela, elle recherche l'aide, se connecte à la séance, en dépit des contraintes techniques, explique ce qu'elle comprend de la souffrance de son fils. Nous pensons qu'une contenance a pu se déployer à différents niveaux lors de cette séance de psychothérapie.

1. La contenance de l'interprétation

La dimension de contenance psychique est ici portée par l'effet d'interprétation de ce vécu traumatique, soutenu par des éléments de synchronie, d'accordage, de rythme, qui circulent dans le transfert comme autant de signifiants. L'interprétation est formulée en mots et en signes LSF. Les paroles de la chanson viennent également mettre des mots simples, accessibles, permettant une mise à distance et une élaboration psychique des éprouvés angoissants réactivés lors de cet épisode infectieux. Ils viennent chercher Seydou et sa maman, replongés ensemble dans les affects traumatisants de la période néonatale, et permettent de revenir dans le temps présent, de se raccrocher à une réalité un peu moins effrayante, métabolisable, bien que tout de même douloureuse et inquiétante. Les paroles de la chanson proposent un récit plus « banal » d'un enfant souffrant d'une infection intestinale, et envisagent l'issue, favorable, de la guérison

proche. Nous voyons comment la maman de Seydou peut s'appuyer sur cette contenance mélodique, rythmique et psychique, pour sortir de l'état de sidération et remobiliser ses ressources maternelles propres en offrant un giron rassurant et sécurisant pour Seydou. La question des enveloppes est ici éminemment présente, par cet effet de double contenance, venant entourer Seydou et sa mère.

2. La contenance rythmique

Nous constatons que l'accordage des rythmes n'est pas constant dans cette séquence. Le tempo de la première chanson est très lent et vise à ralentir l'agitation anxieuse de Seydou et de sa maman. Le mouvement de balancier que nous proposons tout en rassemblant les mains vient mimer le geste du câlin. Nous proposons ce rythme de manière visuelle, afin que la mère puisse le percevoir malgré les pleurs incessants de Seydou. La maman entonne elle-même une chanson, issue du répertoire français, avec une voix inquiète. Nous reprenons à sa suite cette même chanson, soutenant son initiative. La gestuelle et les bercements de la maman sont rythmés et vigoureux, et laissent paraître une volonté de saisir, contenir l'état d'angoisse. Ils appartiennent aussi à leur style interactif propre. Tandis que nous proposons une contenance psychique à distance, la maman s'ajuste elle au corps et à la tonicité de Seydou. Peu à peu, nous observons des moments d'accordage, le tempo du bercement se cale sur celui de la chanson. A mesure que nous observons un apaisement pour Seydou, nous poursuivons la chanson avec une voix plus basse, plus lente.

Dans cet extrait nous voyons aussi la possibilité pour Seydou d'accéder à une forme de d'apaisement et de satisfaction.

3. La contenance du transfert

Lorsque nous avons échangé sur cette séance a posteriori, il nous est arrivé de formuler que nous avons pu bercer Seydou, à 3, la mère, le co-thérapeute, et nous-même en tant qu'analyste, en étant à distance. Nous constatons que le transfert établi avec Seydou et sa mère tout au long de la psychothérapie reste alors tout à fait vivant et particulièrement agissant dans cette séance. Malgré la distance, les places de chacun restent actives dans le transfert. La mère de Seydou participe de cette activation transférentielle dans cette scène. C'est elle qui, malgré l'état de crise de son fils et les

contraintes techniques de connexion, décide de rejoindre la séance. Elle formule une demande claire et impérieuse, qui actualise le transfert. Nous ne pouvons qu'entendre cette demande et nous mettre à l'écoute de sa détresse et de celle de son fils, qu'ils viennent ici confier. Nous sommes portés par cette confiance. Nous voyons comme elle cherche à percevoir nos propos, à augmenter le son pour percevoir nos paroles malgré les cris de son fils.

Le co-thérapeute trouve une place différente, mais non moins importante, dans ce nouveau cadre à distance. S'il n'est plus en place de filmer, il garde un rôle clé dans le transfert. Ainsi, nous constatons les réactions du co-thérapeute, qui paraît immobile durant les premiers instants du film. Il paraît en identification avec Seydou, inerte, sidéré par l'angoisse qui se dégage au début de la scène. A mesure que les paroles interprétatives circulent et semblent produire un effet contenant sur Seydou, il se met lui aussi à suivre le mouvement et peut accompagner le mouvement de balancier. Il semble imprégné du vécu de Seydou et, par identification, lui propose une invitation rassurante à nous rejoindre pour se laisser bercer.

Seydou tient une place centrale aussi dans cette dynamique transférentielle à quatre voix. Malgré l'état d'angoisse dans lequel il se trouve, il parvient à s'ouvrir à la contenance qui lui est offerte, et se laisse toucher par sa mère, mais aussi à distance par le rythme, les signifiants, l'interprétation, la voix dans le cadre psychothérapeutique. Ainsi, il se laisse « border ». Il nous offre la possibilité de continuer à l'accompagner et peut-être le soulager. Autrement dit, de rester proche et secourable.

4. L'intrication pulsionnelle

Il y a là une forme d'inscription pulsionnelle par l'intrication des registres : le dispositif en visio, dans laquelle notre présence apparaît à travers un écran, matérialise la specularité, comme un auxiliaire du grand Autre ; l'invocant se trouve porté dans les signifiants qui circulent, sous toutes formes que ce soit et proposent une mise en sens; le registre moteur se manifeste dans la désarticulation motrice de Seydou sur les genoux de sa mère au début de la séance, qui vient ensuite se laisser couler, qui s'abandonne contre le corps de sa mère et vient la constituer comme giron ; le tactile par le contact ainsi retrouvé, les caresses et gestes d'apaisement de la maman. Le chant en apporte la

structure rythmique, qui s'exprime dans ce bercement partagé et dans l'éprouvé du mouvement répétitif de balancement, participant à l'introjection d'une contenance.

5. Dispositif psychanalytique à distance

Comme beaucoup de cliniciens, nous avons expérimenté ce type de pratique par visio-conférence à l'occasion de l'épidémie de COVID. Dans le contexte pandémique, c'est avec humilité que nous avons, à tâtons, co-construit avec les patients le dispositif en visio. Cela nous avait permis une nouvelle forme de rencontre, laissant parfois une place nouvelle aux patients, leur permettant de s'engager plus activement dans le cadre, favorisant un renouvellement du transfert.

Lors de l'annonce du confinement, il avait été préconisé en premier lieu à l'équipe de maintenir un lien téléphonique avec les parents. Mais cela nous a tout de suite semblé très insuffisant : comment nos jeunes patients, pris dans la soudaineté traumatique d'une privation de liberté et d'une disparition brutale de leurs espaces de vie assortie d'une rupture des liens établis au fil des séances, pourraient-ils vivre cela ? N'était-ce pas là justement qu'ils avaient le plus besoin que soient préservés des espaces d'écoute ?

Nous avons évoqué dans un précédent article (Pozzi et de Clerck, 2020) la réactivation d'un vécu insondable de perte proche de l'anéantissement par un jeune garçon de 5 ans qui, lors d'une séance en visio, présentait avec enthousiasme son équipement de foot, son activité favorite, et ses déguisements qu'il aimait tant porter pour faire la fête au centre de loisirs avant de sombrer avec abattement en formulant « y'a plus... ». Ce jeune patient, dont les débuts de vie avaient été marqués par des hospitalisations répétées, menant à de fréquents vécus de ruptures, était particulièrement vulnérable dans ce contexte. Nous avons pu alors lui signifier que cette situation était temporaire (alors même qu'il n'y avait pas encore de perspective de déconfinement) et avons suggéré aux parents de passer devant ces lieux lors de la promenade quotidienne, afin de donner matérialité à un retour à la vie normale.

Ce patient s'était également saisi du dispositif technologique comme d'un prolongement des modalités de contact à l'autre. En séance au CAMSP, il était particulièrement sensible au regard, qu'il pouvait vivre comme intrusant. Ainsi, par le jeu avec les fonctionnalités du smartphone, il tentait de ré-appivoiser les dimensions

sensorielles et pulsionnelles du contact avec l'autre, en faisant pivoter l'écran, en se cachant, ou encore en éteignant / allumant le micro.

Depuis, les séances en visio deviennent une pratique plus courante, qui peut venir en appui d'une clinique en présence, notamment avec les bébés et très jeunes enfants. Dans le cas de Seydou, cela a permis de démarrer le suivi malgré le confinement et a permis des modalités de travail sous forme de séances conjointes mixtes présentiel/visio avec l'établissement partenaire (UTES).

Nous avons pu notamment rencontrer le père de Seydou, lors d'un entretien conjoint avec le Dr Favrot, alors que la famille avait déjà rejoint Dakar. Il est évident que le transfert s'est renforcé durant la période des séances en présence, au domicile puis au CAMSP. L'expérience de ce dispositif mixte avec Seydou nous a permis d'envisager un cadre adapté, sur mesure, afin d'accompagner le retour au pays pour Seydou et sa maman.

La découverte du dispositif par visio a également permis une plus grande créativité dans notre pratique. Ce dispositif peut éventuellement être envisagé comme un cadre « écologique », parce que familier et rassurant, notamment avec les bébés et jeunes enfants vulnérables. Le cadre thérapeutique, matérialisé à travers l'écran, peut ouvrir un nouveau champ interprétatif à l'analyste. Sans ce dispositif, nous n'aurions pas eu accès à un tel matériel clinique, qui offrait de réelles opportunités de transformation.

Ainsi, nous avons pu poursuivre la psychothérapie quelques mois, les séances se sont ensuite naturellement espacées, à la faveur des congés et des nouveaux liens qui ont été établis par Seydou et sa mère sur place au Sénégal. Au CAMSP, le dossier de Seydou a été archivé. Les liens se sont un peu distendus, mais restent existants. Nous échangeons de temps à autre des nouvelles par mail. Récemment, en mai 2023, Seydou et sa maman sont revenus pour un court séjour en France et n'ont pas manqué de venir nous rendre visite au CAMSP.

V. Conclusion

Cette réflexion menée à l'entrecroisement de plusieurs courants psychanalytiques nous mène aux origines de la pulsion dans la conception freudienne, point d'appui pour séparer « un à l'extérieur d'un à l'intérieur » (Couvert, 2018, p.18). On retrouve donc la notion d'intérieur du corps depuis lequel l'élan moteur part pour parvenir au psychisme. Il y a l'idée d'un corps qui vient se constituer en tant qu'enveloppe par l'élan et le bouclage pulsionnel en retour.

On voit l'élan pulsionnel de Seydou prendre source dans ses éprouvés corporels et venir chercher appui et rebond dans les enveloppes scopiques et invocantes dans le cadre de la psychothérapie. Dans ce circuit pulsionnel, la vibration de plaisir s'amplifie, trouvant écho d'un champ sensoriel à l'autre, soutenue et contenue entre deux feuillets qui entrent ici en résonance.

Lorsque Seydou arrache sa sonde, cela témoigne qu'il y a préalablement un dedans et un dehors, avec une enveloppe psychique interne traumatisée, mais qui est potentiellement réparable. L'enveloppe psychique possède des capacités d'auto-régénération qui peuvent être activées par des conduites de réparation, dans la psychothérapie.

Son trait, par ce signifiant « fermé », serait la pièce manquante pour refermer l'enveloppe interne, que Seydou viendrait rechercher dans ses expériences pulsionnelles. Celles-ci permettent une relance des identifications intra-corporelles, notamment paternelles.

La contenance et l'étayage se constituent d'un même mouvement pulsionnel. La réparation des enveloppes permet de supporter la relance et la conflictualité pulsionnelle inhérente aux processus archaïques ; les boucles ainsi constituées façonnent une contenance unifiante dans la constitution du narcissisme, qui permettent à un sujet désirant d'advenir.

Les lectures théoriques se répondent et s'articulent au fil de cette thérapie. Entre les boucles relationnelles et pulsionnelles se dessinent les contours de l'émergence du sujet et des ébauches de structuration psychique. Elles nous éclairent sur les fondements

du psychisme humain, ce qui vient le contenir et l'animer, le structurer et lui permettre de s'élancer.

Conclusion générale

Nous approchons du terme de notre écrit. Notre objectif par ce travail était d'étudier l'émergence du sujet chez le bébé sourd. Ceci en référence à notre expérience clinique en CAMSP surdité et dans différents établissements accueillant des jeunes enfants sourds. Nous avons pu faire le constat d'une plus grande vulnérabilité psychique chez les enfants atteints de surdité. Nous avons également fait l'expérience des limites de nos outils théoriques pour soutenir notre intervention dans la clinique. La diversité et la complexité des situations cliniques rencontrées ont contribué à animer notre questionnement et alimenter notre volonté d'approfondir notre compréhension des processus de constitution psychique chez le jeune enfant sourd. Cette problématique, issue initialement de la clinique dans le champ de la surdité, s'est actualisée par le biais d'un élargissement de notre expérience clinique hors du champ de la surdité en CAMSP polyvalent, et par le travail de psychothérapie avec des bébés et jeunes enfants en souffrance somatique mais également psychique, en lien avec divers facteurs (prématurité, maladies génétiques, accidents périnataux...), rendus vulnérables dès les débuts de leur existence, au temps de mise en place des processus de subjectivation. Nous nous sommes intéressée à l'étude de la théorie des pulsions (Laznik, 1993, Couvert, 2018) pour éclairer la question de l'émergence du sujet. Les apports de cette approche psychanalytique ont en effet apporté un renouvellement important de la pensée psychanalytique, en articulation avec d'autres disciplines scientifiques, dans la compréhension des processus autistiques (RIEPP). Nous souhaitons donc nous appuyer sur ces conceptions novatrices pour examiner la mise en place de l'appareil psychique du bébé sourd.

Nous avons abordé cette problématique à travers deux principaux volets : l'un s'est appuyé sur l'étude d'une cohorte de bébés sourds, au sein d'un groupe de recherche institué dans un partenariat entre le service ORL de l'hôpital Necker et le CMP UTES Enfance et Surdité (EnTNDre). Le second a consisté à revenir à une méthodologie ancrée dans la pratique psychanalytique, par l'étude de la psychothérapie d'un bébé sourd (Seydou). Deux abords distincts apportant des éclairages complémentaires pour mieux comprendre la problématique de constitution psychique du bébé sourd.

I. Premier volet : étude de cohorte

La première hypothèse que nous avons formulée était que l'étude de la cohorte apporterait des éléments sur les facteurs en jeu dans la constitution psychique du bébé sourd, par l'observation de ses compétences spontanées pour établir une relation avec l'autre. La part que nous avons pu prendre dès les premiers temps de la recherche EnTNDre nous a permis d'affiner notre propre questionnement en apportant une première mise en perspective des compétences propres et de la vulnérabilité psychique des bébés sourds. En cela notre première hypothèse se trouve ainsi validée.

Plus particulièrement, nous postulons que la surdité n'empêche pas le bébé de faire des expériences relationnelles lui permettant de se structurer psychiquement. Le bébé sourd a la possibilité d'organiser son corps et de l'instrumentaliser au service de la relation. Le bébé sourd a la possibilité de se positionner en tant que sujet dans un échange intersubjectif, d'être en place de parlêtre, de s'adresser à l'autre au moyen d'une pulsion invocante qui passe par tout le corps, autrement dit d'une expressivité corporelle multimodale. Nous nous sommes appuyée sur la revue de littérature éclairant d'un côté les compétences intersubjectives innées du bébé (Trevarthen et Aitken, 2003, Gratier, Nagy, Parlato-Oliveira), de l'autre les facteurs de vulnérabilité du bébé en tant que facteurs de risques de troubles du neuro-développement (TND) (Bonnet-Brihault, Des Portes). Ainsi, nous validons l'hypothèse que la surdité en tant que telle n'est pas suffisante pour expliquer la fragilité psychique des bébés sourds. En outre, nous pensons que celle-ci est indépendante de la question de la modalité langagière utilisée, puisqu'elle se joue en amont, dans le registre de l'intersubjectivité primaire.

L'étude de la cohorte et la catégorisation des profils développementaux qui a été établie nous a effectivement permis d'établir une distinction entre les bébés sourds au développement dit « typique », et d'autres bébés dont la vulnérabilité psychique est avant tout liée à des facteurs de risques de TND, dont l'étiologie peut être commune à celle de la surdité. L'observation des difficultés d'organisation corporelle et relationnelle de certains bébés sourds témoigne de la vulnérabilité spécifique qui se retrouve dans la population sourde principalement en raison des facteurs étiologiques.

Cette catégorisation nous a permis de distinguer les enjeux du repérage et d'une intervention d'approche RIEPPI dès les premiers signes d'alerte, selon la vulnérabilité et le profil développemental du bébé. En effet, dans la disparité de la population des bébés sourds, nous avons pu distinguer les bébés dont l'intervention précoce a permis un rétablissement de la trajectoire développementale et un retour vers une évolution typique, et d'autres bébés présentant des syndromes combinant des atteintes pluri-sensorielles. Parmi ces derniers, certains de ces enfants pouvaient montrer des émergences relationnelles qui apparaissaient dans les films, mais dont la mise en route pulsionnelle se trouvait fragilisée par les symptômes corporels. Il s'agit, pour ces enfants, de repérer ces compétences masquées et de proposer un soutien très ajusté pour soutenir chaque initiative, en faisant crédit d'une intentionnalité présente bien qu'entravée. L'enjeu est alors d'éviter qu'un sur-handicap psychique ne vienne compliquer le tableau développemental.

Cette distinction nous semble avoir tout son intérêt dans la prise en compte des enjeux de constitution psychique des bébés très entravés dans leur corps et leur organisation corporelle, comme cela peut se trouver en CAMSP Polyvalent également. Dès lors, cela permet de soutenir l'importance du rôle des psychologues en CAMSP pour reconnaître la vie psychique des bébés vulnérables, en repérer les signes de souffrance pouvant fragiliser la structuration psychique.

Les limites de la recherche menée à partir de cette cohorte se trouvent dans le petit échantillon de population observée, et dans le caractère exploratoire de cette étude. Par ailleurs, dans le cadre de la recherche EnTNDre, le partenariat entre l'UTES et le service ORL a orienté des bébés dans une double perspective, à visée de recherche, mais également à visée clinique, en vue de mettre en place des soins précoces. Dès lors, cela a pu biaiser la représentativité de l'échantillonnage. De plus, la dimension clinique a mené à apporter des soutiens et des appuis aux bébés qui montraient des signes de fragilité, ce qui intervenait sur leur présentation spontanée.

Les perspectives de ce travail seraient de poursuivre l'étude de la trajectoire développementale de ces bébés, de manière exploratoire, afin d'affiner la compréhension de la trajectoire de développement des bébés sourds, y compris ceux ayant présenté des

signes de vulnérabilité psychique. Cela permettrait de mieux comprendre le processus de constitution de certains TND dans la population sourde.

A partir de ce premier travail au sein du groupe de recherche, nous avons poursuivi notre réflexion concernant la constitution psychique du bébé sourd depuis un abord psychanalytique, suivant la méthode du cas unique, à partir de l'étude d'une psychothérapie psychanalytique d'un bébé sourd.

II. Second volet : étude d'un cas singulier

Nous avons rencontré Seydou dans le cadre de notre pratique clinique au sein du CAMSP Hovia (Paris 15ème). Ce bébé, âgé de 8 mois et demi d'âge corrigé lors de notre première rencontre, présentait plusieurs facteurs de fragilité développementale, en lien avec son extrême prématurité. Au sein du CAMSP, nous avons suivi ce bébé à un rythme bi-hebdomadaire dans le cadre d'une psychothérapie bébé-parent filmée suivant l'approche RIEPPI. Ce bébé était suivi également en psychomotricité et en orthophonie. Pour ce second volet de recherche, nous avons choisi de nous laisser enseigner par Seydou les processus de structuration psychique à partir de l'analyse du contenu des films de séances, en référence à la méthodologie du cas unique (Widlöcher, 1999).

Nous faisons l'hypothèse que l'étude des champs pulsionnels tels qu'ils sont décrits suivant la grille de lecture de Couvert (2018) nous permettraient d'observer finement les particularités de mise en circulation pulsionnelle et de mettre en évidence les leviers thérapeutiques opérants au cours de cette psychothérapie. Cette hypothèse n'a pu être validée que dans un second temps, après un premier élargissement théorique tiré de l'étude du matériel clinique apporté par Seydou.

En effet notre postulat impliquait que, partant d'une posture psychanalytique faisant le pari d'un bébé analysant, nous allions suivre Seydou dans ce qu'il allait exprimer au cours des séances, ainsi suivre son « trait » en tant qu'expression subjective singulière, tel que le formule Couvert (2022). Nous avons vu que ceci nous a mené du côté de la constitution des enveloppes psychiques à partir du premier signifiant repris dans la psychothérapie « fermé » (LSF). Ainsi, à la croisée de différents champs théoriques, il nous

a permis de comprendre le processus de constitution subjective dans une articulation entre la pulsion et la contenance.

L'analyse des séquences vidéos sélectionnées, dans un aller-retour avec la théorie, nous a permis d'établir des ponts entre différents courants théoriques abordant la question de la constitution psychique du bébé, en particulier dans les champs post-kleinien et lacanien. Ainsi, nous voyons comment la méthodologie psychanalytique du « trait » nous a apporté des éléments de compréhension nouveaux concernant la constitution psychique du bébé sourd.

Nous voyons également se dégager les différents champs pulsionnels tels qu'ils avaient été isolés par Couvert dans son ouvrage sur la clinique pulsionnelle du bébé (2018). Au sein de ces différents champs pulsionnels, l'analyse des manifestations singulières de Seydou permettent de mettre en évidence son rôle actif dans la psychothérapie. Séance après séance Seydou nous surprend par ses compétences singulières et ce qu'il vient mobiliser et mettre au travail dans le cadre de la psychothérapie.

Ainsi, l'analyse des films de la psychothérapie de Seydou nous offre une illustration clinique de la mise en route des mouvements pulsionnels dans le cadre psychothérapeutique et de l'articulation de la pulsion avec la contenance psychique. Nous voyons comment, au fil des séances, a pu se mettre en route une recherche de réparation des enveloppes psychiques, qui passe par la relance des mouvements pulsionnels initiés par Seydou. Nous voyons également les liens entre l'intrication des registres pulsionnels et l'introjection de contenance dans la constitution psychique. Ainsi, l'étude des champs pulsionnels suivant la lecture de Couvert éclaire les processus de subjectivation.

Au-delà des effets thérapeutiques de la libidinalisation du corps à travers ses expériences de bouclage pulsionnel, nous avons été saisie des capacités narratives de Seydou qui se sont manifestées à travers la pulsion invocante. Elles témoignent d'un travail psychique à l'œuvre pour le bébé, qui cherche à se représenter et à réparer les vécus effractants d'un début de vie particulièrement traumatisant. Il parvient à symboliser une forme de récit, qu'il peut adresser à l'Autre, dans le cadre analytique.

Cela nous permet de souligner l'originalité et l'audace de la pensée de Couvert lorsqu'elle nous enjoint à faire le pari d'un bébé analysant. En érigeant le symptôme au rang de trait, d'expression langagière, elle nous invite à faire confiance au bébé, à acter de son existence subjective aussi petit et fragile soit-il. Si l'on revient du côté de la clinique, cela nous ouvre des horizons féconds pour la pratique psychanalytique en CAMSP auprès des bébés vulnérables, dont il nous faut reconnaître les compétences aussi singulières soient-elles. Cela confirme l'intérêt crucial de s'intéresser à la vie pulsionnelle des bébés, à l'origine de leur constitution psychique et véritable moteur de leur développement, aussi bien relationnel qu'affectif et cognitif.

Les limites de cette étude résident principalement dans la dimension singulière impliquée par le cas unique. Ainsi, les processus observés seront différents pour chaque bébé rencontré. Le cadre psychanalytique est donc à renouveler et adapter pour chacun. Une autre limite tient à l'âge du bébé rencontré et à l'issue du travail psychanalytique entamé après le retour au Sénégal. En effet, il n'a pas été possible de poursuivre ce dispositif en visio au-delà de quelques mois, pour des raisons institutionnelles (sortie des effectifs) et en raison de ce que l'on peut formuler comme d'un essoufflement de la dynamique transférentielle en visio. De fait, nous manquons de recul pour évaluer les effets de ce dispositif psychothérapeutique sur le devenir développemental de Seydou. Nous voyons également une limite théorique à notre travail qui s'est centrée sur certains auteurs et certains concepts éclairant la question de la constitution psychique, mais d'autres auteurs ont abordé également les processus archaïques que nous souhaitons pouvoir également approfondir ultérieurement. En outre, la problématique de l'émergence psychique chez le bébé nous a menée vers la question de la représentation et les processus de symbolisation. En effet, notre travail s'est arrêté à la lisière d'une contenance signifiante, ce qui nous permet de dégager une première piste pour poursuivre notre réflexion à partir du cas de Seydou, ou encore dans un autre cadre de recherche.

Les perspectives que nous entrevoyons à l'issue de cette recherche se tournent en premier lieu vers un retour vers la clinique en CAMSP, avec une poursuite du travail de psychothérapie bébé-parents selon le dispositif psychanalytique RIEPPI auprès des bébés vulnérables. En effet, cette approche spécifique doit pouvoir être réfléchie pour s'adapter au cadre institutionnel dans lequel elle se déploie, afin d'y porter ses fruits en faveur de la

prise en compte des signes de souffrance psychique du bébé. C'est ce que nous avons entrepris de mettre en pratique depuis maintenant 3 ans au sein du CAMSP, et qui doit continuer d'être soutenu au sein d'un travail d'équipe.

Par ailleurs, le retour à la clinique nous semble indispensable pour assurer une théorisation qui reste au plus près de la vie psychique des bébés. L'étude de plusieurs cas de bébés suivis en psychothérapie pourrait notamment permettre de confronter les pistes théoriques que nous avons dégagées à partir de notre travail de thèse à l'épreuve de la clinique. Mais cela pourrait permettre également de dégager d'autres pistes de compréhension des processus de structuration psychique au sein des approches théoriques que nous avons explorées, que ce soit à partir de l'étude de la pulsion, de la constitution des enveloppes, ou encore dans l'intersubjectivité.

Nous souhaitons souligner les liens qui ont pu s'établir depuis le début de notre travail de thèse, à l'interface entre notre clinique en CAMSP et l'université, par la nécessité dans ce dispositif d'avoir recours à des stagiaires étudiants en psychologie. Nous n'avons pu que constater la grande fécondité d'un tel cadre, tant pour les patients, les stagiaires, que pour nous en tant que clinicienne et pour l'institution. En effet, les petits patients bénéficient de la présence attentive du co-thérapeute, tout disposé à s'émerveiller de la moindre émergence pulsionnelle du bébé. Pour les stagiaires, c'est une occasion d'approfondir, par un travail fin et rigoureux, les processus thérapeutiques et les mécanismes de relance des processus de subjectivation dans le cadre psychothérapeutique. Ce travail donne le plus souvent lieu à des travaux de mémoires universitaires d'une grande richesse, qui viennent nourrir les échanges cliniques au sein de l'institution.

Ce travail nous a permis de mettre en évidence que ce qui provient de l'élan pulsionnel du bébé relève d'une position subjective initiée par le bébé, fondée dans la rencontre avec une contenance provenant de l'altérité. Cette contenance se trouve donc constitutive et constituée du premier mouvement pulsionnel. Cette réflexion sur les traces de la naissance de la vie psychique nous a permis d'entrevoir l'origine de ces processus qui se déroulent dès la vie prénatale. Nous souhaitons poursuivre l'étude de la naissance de la vie psychique en nous intéressant à la vie fœtale.

Annexes

A. Grille Olliac-Preaut

Date de Naissance : _ / _ / _ _ _ _

Sexe : M _ F _

GRILLE PREAUT – 4 à 8 mois

Date de la passation : _ / _ / _ _ _ _

1. Le bébé cherche-t-il à vous regarder, (vous l'examineur) ?

- a) Spontanément
- b) Quand vous lui parlez (proto-conversation)

2. Le bébé cherche-t-il à se faire regarder par sa mère (ou son substitut) en vocalisant, en gigotant, tout en la regardant intensément ?

- a) En absence de toute sollicitation de celle-ci
- b) Quand elle lui parle (proto-conversation)

SCORE TOTAL (1a+1b + 2a+2b):

Si le score est supérieur à 3, ne répondez pas aux questions 3 et 4.

3. En dehors de toute stimulation par sa mère

- a) Regarde-t-il sa mère (ou son substitut) ?
- b) Sourit-il à sa mère (ou son substitut) ?
- c) Le bébé cherche-t-il à susciter l'échange jubilatoire avec sa mère (ou son substitut), par exemple en s'offrant, ou en tendant les doigts de son pied ou de sa main ?

4. A la suite de la stimulation par sa mère

- a) Regarde-t-il sa mère (ou son substitut) ?
- b) Sourit-t-il à sa mère (ou son substitut) ?
- c) Le bébé cherche-t-il à susciter l'échange jubilatoire avec sa mère (ou son substitut), par exemple en s'offrant, ou en tendant les doigts de son pied ou de sa main ?

SCORE TOTAL : comparer les scores des questions 3 et 4 ; retenir la valeur la plus élevée :

Décision : Examen normal
 Contacter l'équipe du Centre d'Evaluation de votre région

Remarques cliniques :

Valeur du Oui	Valeur du Non	Score
4	0	
1	0	
8	0	
2	0	
1	0	
2	0	
4	0	
1	0	
2	0	
4	0	

B. Documents relatifs à l'éthique de la recherche



Autorisation de filmer et utilisation de l'image de la personne accueillie

Le CAMSP HOVIA vous informe que votre enfant est susceptible d'être filmé(e) et/ou photographié(e) lors des soins réalisés dans le cadre de la prise en charge par l'établissement.

Les images peuvent être utilisées pour un usage clinique : cela permet d'affiner l'observation de l'enfant, et facilite le croisement des regards entre professionnels.

Les images et films peuvent aussi être utilisés à but de formation interne à l'établissement, et externe (de manière anonymisée).

Les images peuvent être utilisées à des fins de recherche, notamment dans le cadre de travaux universitaires (de manière anonymisée).

Pour ces différents usages, votre consentement doit être recueilli :

PARENT / REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e),

Adresse :

Code Postal : Ville :

Déclare être le parent ou le représentant légal de l'enfant nommé ci-après, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Enfant accueilli :

- Autorise le CAMSP Hovia à (cocher les cases souhaitées) :
- à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre des soins qui lui sont proposés
 - à utiliser les films et images pour un usage clinique
 - à utiliser les films et images à des fins de formations internes et externes
 - à utiliser les films et images pour un usage de recherche et de travaux universitaires
- N'autorise pas le CAMSP Hovia à photographier ou filmer mon enfant.

NB : Pour chaque diffusion externe de l'image de la personne concernée, un accord informel sera redemandé.

Date et signature :

Durée de validité du consentement : 3 ans à compter de la date de signature.

En vertu du RGPD, vous pouvez disposer d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment.

En application du RGPD et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant. Le Responsable du traitement est l'association Hovia – 104 rue Jouffroy d'Abbans, 75017 Paris. Le traitement a pour finalité la gestion de votre droit à l'image. Vous disposez du droit d'accès au traitement pour lequel nous collectons les données ainsi que, le cas échéant, des droits complémentaires.

Pour des détails supplémentaires vous pouvez consulter notre Charte d'utilisation et de protection des Données à Caractère Personnel accessible sur ce <https://hovia.asso.fr/rgpd/>. Vous pouvez également contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@hovia.org

C. Tableaux de synthèse bibliographiques

synthèse revue littérature "relation"; "bébé-parent"; "DA" 0-12 mois période 2013-2023								
année	auteurs	titre	revue	type d'article	population	statut auditif dyade	méthodologie	résultats
2013	Glanemann, et al.	Muenster Parental Programme empowers parents in communicating with their infant with hearing loss	International	article de recherche	24 bébés de 3 à 12 mois	bébés sourds /parents entendants (inclus surdité unilatérale et handicap associé): 15 parents groupe test/14 parents groupe contrôle	analyse d'échantillon vidéos de 4 minutes et comparaison avant et après une session d'entraînement parental au repérage des initiatives communicationnelles du bébé	Les parents formés ont pu améliorer leur réactivité aux signaux vocaux et préverbaux de l'enfant (test de Wilcoxon, $p = 0,002$) ainsi que leur réactivité aux signaux non verbaux (test de Wilcoxon, $p < 0,001$). En outre, les parents ont réduit leur comportement d'initiative inapproprié (test t apparié, $p < 0,001$). Les comparaisons avant-après dans le groupe contrôle n'étaient pas significatives.
2016	Roos, Cramer et Falkman	Intersubjective Interaction Between Deaf Parents/Deaf Infants During the Infant's First 18 Months	J Deaf Stud Deaf Educ	article de recherche	12 bébés sourds de la naissance à 18 mois	bébés sourds/parents sourds	étude longitudinale. Analyse de films familiaux	Les nourrissons sourds suivent une trajectoire de développement typique de l'intersubjectivité, tant en ce qui concerne les stades de développement que l'âge. Ce développement est soutenu par un mode de communication visuelle et simultanée par le regard plutôt que par un contact visuel constant. Les parents sourds utilisent des compétences de communication visuelle complexes pour maintenir l'attention conjointe et s'attendent également à ce que le nourrisson saisisse le sens de l'interaction par le biais du contact visuel.
2017	Hintermair, Sarimski et Lang	Preliminary Evidence Assessing Social-Emotional Competences in Deaf and Hard of Hearing Infants and Toddlers Using a New Parent Questionnaire	The Journal of Deaf Studies and Deaf Education	articles de recherche (2 études)	étude 1: 52 bébés de 2 à 18 mois (inclusion des enfants avec troubles associés); étude 2: 20 dyades de 2 à 18 mois	parents sourds (10%) et parents entendants (90%)	questionnaire parental (auto-évaluation)	étude 1: 1) Ces résultats indiquent que les nourrissons plus âgés et les nourrissons sans handicap associé ont des compétences socio-émotionnelles plus élevées, et que les parents qui se perçoivent comme ayant un style parental réceptif et qui se sentent capables de stimuler leur enfant sourd de manière adéquate ont des enfants ayant des compétences socio-émotionnelles plus élevées. 2) Les tout-petits sourds avec des parents sourds, les tout-petits avec une perte auditive moins sévère et les tout-petits avec des parents plus éduqués avaient des scores de compétence socio-émotionnelle plus élevés. Le mode de communication utilisé avec l'enfant n'a pas permis de prédire le développement socio-affectif dans l'un ou l'autre groupe d'âge. étude 2: Notre étude a montré que le fait d'avoir un handicap supplémentaire a également un effet négatif sur le développement socio-affectif des nourrissons et des jeunes enfants sourds. Les familles de nourrissons ou de jeunes enfants sourds présentant des handicaps supplémentaires sont manifestement confrontées à des défis spécifiques et ont besoin d'un soutien précoce et spécialisé.
2018	Smith et Mc Curry	Temporal Responsiveness in Mother-Child Dialogue: A Longitudinal Analysis of Children with Normal Hearing and Hearing Loss	Infancy : the official journal of the International Society on Infant Studies	article de recherche	16 dyades de 4 à 60 mois	mères entendants, bébés sourds/entendants	analyse de films d'interactions recueillies à intervalles rapprochés et régulier entre 4 mois et 4 ans.	Les mères et leurs enfants ont montré des tendances développementales parallèles, se répondant réciproquement plus rapidement à mesure de l'avancée en âge. Au-delà de l'effet de l'âge retrouvé de manière globale, des effets significatifs d'une influence réciproque entre le bébé et sa mère ont été trouvés au sein des dyades: les latences de chaque enfant étant significativement liées à celles de leur mère, et vice versa. Les schémas de développement ne différiaient pas de manière significative selon le statut auditif du bébé, ce qui peut refléter le rôle de l'identification et de l'intervention précoces sur le devenir développemental.
2018	Roberts et Hampton	Exploring Cascading Effects of Multimodal Communication Skills in Infants With Hearing Loss	The Journal of Deaf Studies and Deaf Education	article de recherche	16 dyades (bébés 6 à 18 mois)	bébés déficients auditifs/mères entendants	évaluations à domicile; questionnaires parentaux, enregistrement vocaux à domicile, interactions mère-bébé filmée en laboratoire	Les résultats de cette étude suggèrent que les comportements prélinguistiques (gestes, vocalisations) peuvent jouer un rôle clé dans la facilitation de l'apprentissage du langage chez les jeunes enfants malentendants. En outre, ces comportements sont influencés par la sensibilité maternelle précoce et peuvent fournir une boucle de rétroaction pour la réactivité des parents qui peut finalement maximiser l'apprentissage des mots parlés. Cependant, comme les parents d'enfants malentendants sont moins susceptibles de répondre à un seul mode de communication qu'à une communication multimodale, les futures recherches sur les interventions devraient envisager de faciliter la sensibilité à tous les modes de communication (signes du bébé, parole à l'oreille, langue des signes américaine chez les enfants malentendants).
2019	Monroy et al.	Visual habituation	PLOS ONE	article de recherche	23 bébés de 8 à 22 mois + groupe contrôle entendant	bébés sourds parents entendants	paradigme d'habituation visuelle en laboratoire	Les résultats ont révélé que les nourrissons sourds étaient plus lents à s'habituer au stimulus visuel et présentaient un taux de détournement du regard inférieur à celui des nourrissons entendants. Chez les nourrissons sourds, les mesures d'habituation sont en corrélation avec les résultats linguistiques obtenus lors d'évaluations standardisées avant l'implantation cochléaire. Ces résultats sont cohérents avec les données antérieures suggérant que les taux d'habituation et de détournement du regard reflètent l'efficacité du traitement de l'information et peuvent suggérer que les nourrissons sourds mettent plus de temps à traiter les stimuli visuels que les nourrissons entendants. Dans l'ensemble, ces résultats sont cohérents avec l'hypothèse selon laquelle la perte auditive au début de la petite enfance influence certains aspects du fonctionnement cognitif général.
2020	Brooks, Singleton et Meltzoff	Enhanced gaze-following behavior in Deaf infants of Deaf parents	Developmental Science	article de recherche	72 dyades (7 à 20 mois)	12 dyades bébé/parent sourdes et 60 dyades bébé/parent entendants	dispositif d'évaluation du comportement visuel en laboratoire	Les résultats ont montré que les nourrissons sourds avaient des scores de suivi du regard significativement plus élevés que les nourrissons entendants. Nous émettons l'hypothèse qu'en l'absence de signaux auditifs et avec le soutien de parents sourds maîtrisant l'ASL, les nourrissons deviennent attentifs aux signaux visuels et communicatifs d'autres personnes, ce qui engendre un meilleur suivi du regard. Ces résultats soulignent la nécessité de revoir le "modèle déficitaire" de la surdité. Les enfants sourds immergés dans la langue des signes naturelle dès la naissance sont plus aptes à comprendre les signaux et à identifier la signification référentielle du regard des adultes que les enfants entendants non exposés à la langue des signes.

synthèse revue littérature "relation"; "bébé-parent"; "DA" 12-18 mois, période 2013-2023								
année	auteurs	titre	revue	type d'article	population	statut auditif dyade	méthodologie	résultats
2014	Amy M. Lieberman, Marla Hatrak & Rachel I. Mayberry	Learning to Look for Language: Development of Joint Attention in Young Deaf Children	Language Learning and Development	article de recherche	4 enfants DA de 21 mois à 3 ans 7 mois avec leur mère DA + groupe contrôle dyades entendants issu du corpus Providence	DA/da; EN/en	observations filmées d'interactions en contexte écologique à domicile avec leurs mères (livre+ jeux); codage du regard (ELAN); évaluation du vocabulaire (Mc Arthur Bates for ASL)	Les enfants effectuaient des changements de regard fréquents et significatifs et étaient très sensibles à une gamme de signaux maternels. Le contrôle du regard des enfants de cet échantillon était largement développé dès l'âge de deux ans. Les modèles de regard observés chez les enfants sourds n'ont pas été observés dans un groupe témoin d'enfants entendants, ce qui indique que des modèles de comportements d'attention conjointe spécifiques à une modalité émergent lorsque le langage de l'interaction parent-enfant se produit en mode visuel.
2015	Paradis, Grace; Lynne Sanford Koester	Emotional Availability and Touch in Deaf and Hearing Dyads	American Annals of the Deaf	article de recherche	60 dyades; 18 mois	quatre combinaisons de statuts auditifs(S/e; S/s;E/s;E/e)	observation de séquences de jeux libres filmées en laboratoire; évaluation par l'échelle de disponibilité émotionnelle (EAS), du Caregiver Touch Coding System	Les comparaisons entre les quatre groupes ont révélé des différences significatives en ce qui concerne la sensibilité parentale et la réactivité de l'enfant, les mères entendants ayant des enfants sourds ayant tendance à obtenir les scores les plus bas dans les différentes sous-catégories de l'EA. Des différences significatives ont également été constatées pour le toucher attentionnel et le toucher total, les mères sourdes de nourrissons sourds ou entendants utilisant davantage les deux types de toucher que les mères entendants de nourrissons sourds ou entendants.
2015	Depowski, N.; Abaya, H.; Oghalai, J.; Bortfeld, H	Modality use in joint attention between hearing parents and deaf children	Frontiers in Psychology	article de recherche	8 dyades; enfants âgés de 18 à 36 mois; dont groupe contrôle apparié en âge	enfants DA/entendants; parents entendants	session (5 minutes) de jeux libres enfant-parent filmées en laboratoire; microanalyse ELAN (attention conjointe, modalités sensorielles)	Les résultats ont révélé que les adultes des dyades parents entendants-enfants sourds passaient une proportion significativement plus grande de temps à interagir avec leurs enfants en utilisant de multiples modalités de communication que les adultes des dyades parents entendants-enfants entendants, qui avaient tendance à utiliser la modalité auditive (par exemple, le langage oral) le plus souvent. Bien que ces résultats démontrent que les parents entendants s'adaptent au statut auditif de leurs enfants, nous avons observé un plus grand temps global passé en attention conjointe dans les dyades parents entendants-enfants entendants que dans les dyades parents entendants-enfants sourds
2017	Aubineau, L. H., Vandromme, L., Le Driant, B.	Regarde-moi, il faut qu'on se parle! Développement socio-cognitif du bébé sourd via l'attention conjointe	Enfance	article de revue				sont détaillées 4 difficultés que rencontre le bébé sourd pour développer l'attention conjointe: intersubjectivité, perception sociale et ajustements; attention conjointe, perception d'objet et ajustements sociaux; espace sémantique; répondre et produire de l'attention conjointe. Les auteurs concluent sur l'importance de l'appareillage précoce couplée à l'introduction d'une langue codée/signée.
2019	Abu-Zhaya, R; Kondaurova, M.V., Houston, D., Seidl, A.	Vocal and Tactile Input to Children Who Are Deaf or Hard of Hearing	Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR	article de recherche	12 enfants de 11 mois à 42 mois DA / mères entendants + groupe contrôle équivalent en âge et nombre	enfants DA appareillés (contours ou IC) mères entendants; groupe contrôle dyades entendants	session (5 minutes) de jeux libres enfant-parent filmées en laboratoire; microanalyse ELAN (codage du toucher, et de la parole adressée)	Une plus grande variance a été observée dans la fréquence du toucher et sa durée totale comme entrée sensorielle pour les enfants DA. De plus, les touchers produits par les mères d'enfants DA étaient significativement plus susceptibles d'être synchronisés avec la parole que les touchers produits par les mères d'enfants entendants. Conclusion : Les adaptations des parents d'enfants DA dans les voies d'entrées sensorielles sont observées dans la combinaison de la parole et du toucher dans l'interaction avec leur enfant DA. Les implications de ces modalités d'interactions et la façon dont ils peuvent influencer l'attention des enfants et leur accès au signal vocal sont discutés.
2021	Monroy, C., Houston, D., Yu, C.	Joint Action in Deaf and Hearing Toddlers: A Mobile Eye-Tracking Study	Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society	article de recherche	12 dyades parents-enfants; 19 mois	6 dyades enfants DA avec IC + groupe contrôle 6 dyades enfants entendants. Tous parents entendants	setting eye-tracking filmé en laboratoire (installation en face à face avec réalisation d'une tâche en coopération)	analyse de l'attention visuelle, de l'étagage parental, et l'effet de l'étagage parental sur l'attention visuelle. Les résultats indiquent des similarités dans les deux groupes DA et entendants pour l'attention visuelle et l'étagage parental. Ces résultats contrastent avec les précédents résultats publiés par cette équipe de recherche. Les enfants sourds et entendants montrent des patterns d'attention visuelle similaires dans l'interaction avec leur parent. Les attitudes parentales sont comparables dans les deux groupes, ce qui montre que la moindre qualité d'ajustement parental décrite dans de précédentes recherches n'est finalement pas aussi fréquente.

D. Publications en rapport avec la thèse

- Akrich, S., Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Parlato-Oliveira, E., Pelloux, A.-S., Rebichon, C., Berrada, Z., Martins, A., Delaroche, J.-M., & Loundon, N. (soumis). Analyse qualitative des profils développementaux d'une cohorte de bébés de moins de dix mois atteints de surdité congénitale : "EnTNDre" une recherche pilote issue d'un partenariat transdisciplinaire. *Contraste*, 59.
- Akrich, S., Parlato de Oliveira, E., Favrot-Meunier, C., Rebichon, C., de Clerck, A., Etti, S., Rouillon, I., Prang, I., & Loundon, N. (2023). Analysis of specific risk factors of neurodevelopmental disorder in hearing-impaired infants under ten months of age : "EnTNDre" an opening research stemming from a transdisciplinary partnership. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 166, 111453. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111453>
- De Clerck, A., Fernandes-Veloso, M., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Enveloppes et pulsions dans la clinique infantile : Analyse de la psychothérapie d'un bébé sourd. *In Analysis*, 7(1), 100336. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2023.100336>
- De Clerck, A., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Les défis du bébé sourd. *Contraste*, 58.
- De Clerck, A., Favrot-Meunier, C., Veloso, M. F., Costa, S. D., Rebichon, C., Thoueille, É., & Parlato-Oliveira, E. (2022). Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ? *Contraste*, 55(1), 201-225.
- Loundon, N., Favrot-Meunier, C., Roy, A., Carriço, J., de Clerck, A., Berrada, Z., & Parlato-Oliveira, E. (2022). Difficultés d'organisation corporelle chez certains bébés sourds : Évaluation du risque d'autisme et prise en charge transdisciplinaire. In *Le corps sensori-moteur du bébé à risque* (p. 175-213). éres. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0175>
- Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Martins, A., Philippon, I., & Parlato-Oliveira, E. (2020). Surdo eu? In A. Jerusalinsky & H. Bentata, *Dos primórdios à adolescência*. Instituto Langage.

E. Présentations en rapport avec la thèse

Juillet 2021 : *Présentation pluridisciplinaire du cas clinique de Seydou*. Aurélie de Clerck, Dr Favrot-Meunier, Dr Rocchisani, Marco Fernandes Veloso, Solenne Michelet. : Journée institutionnelle CAMSP Hovia/Le Moulin Vert (Paris 15ème)

Juillet 2020 : VI Congrès Transdisciplinaire sur la Psychopathologie du bébé, INSTITUTO LANGAGE (Belo Horizonte, Brésil, zoom) - *Recherche autour de l'analyse des bébés et de leurs parents*. Équipe de recherche ASM 13 : M.C. Laznik, C. St George, Solène Ekizian, Laura Roman, Valeria Valenzuela, Marie Nilles, Zoubida Berrada, Alice Martins, Aurélie de Clerck, Erika Parlato-Oliveira.

Juillet 2020 : *La structuration psychique des bébés sourds*. Equipe de recherche de l'Unité Thérapeutique Enfance et Surdité : Dr Claire Favrot-Meunier ; Aurélie de Clerck ; Alice Martins ; Shirley Carvalho ; Erika Parlato-Oliveira

Janvier 2020 : *Expérience pilote avec des bébés sourds*. Dr Claire Favrot-Meunier, Aurélie de Clerck, Isabelle Philippon, Alice Martins, Erika Parlato-Oliveira. Ili me Congrès Transdisciplinaire sur la Psychopathologie du bébé, INSTITUTO LANGAGE (Evora, Portugal).

Juillet 2019 : *Sourd moi ? Le bébé sourd et le circuit de la parole*. Participation à la présentation avec Claire Favrot-Meunier, Erika Parlato-Oliveira, Alice Martins, Isabelle Philippon. Congrès Transdisciplinaire de la Psychopathologie du bébé «Hommage   Trevarthen », INSTITUTO LANGAGE (La Salpêtrière, PARIS).

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V., Hamiaux, P., Ragot, S., Legendre, M., Malecot, G., Burtin, A., Attie-Bitach, T., Lyonnet, S., Bilan, F., Gilbert-Dussardier, B., & Vaivre-Douret, L. (2020). Should autism spectrum disorder be considered part of CHARGE syndrome? A cross-sectional study of 46 patients. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *15*, 136. <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01421-9>
- Abu-Zhaya, R., Kondaurova, M. V., Houston, D., & Seidl, A. (2019). Vocal and Tactile Input to Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, *62*(7), 2372-2385. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-L-18-0185
- Ajuriaguerra, J. de, & Thomas, A. (1948). *L'axe corporel, musculature et innervation : Étude anatomique, physiologique et pathologique*. Masson et Cie, éditeurs.
- Akrich, S., Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Parlato-Oliveira, E., Pelloux, A.-S., Rebichon, C., Berrada, Z., Martins, A., Delaroche, J.-M., & Loundon, N. (soumis). Analyse qualitative des profils développementaux d'une cohorte de bébés de moins de dix mois atteints de surdité congénitale : "EnTNDre; une recherche pilote issue d'un partenariat transdisciplinaire. *Contraste*, *59*.
- Akrich, S., Parlato de Oliveira, E., Favrot-Meunier, C., Rebichon, C., de Clerck, A., Etti, S., Rouillon, I., Prang, I., & Loundon, N. (2023). Analysis of specific risk factors of neurodevelopmental disorder in hearing-impaired infants under ten months of age : "EnTNDre" an opening research stemming from a transdisciplinary partnership. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *166*, 111453. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111453>
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod.
- Apicella, F., Chericoni, N., Costanzo, V., Baldini, S., Billeci, L., Cohen, D., & Muratori, F. (2013). Reciprocity in Interaction: A Window on the First Year of Life in Autism. *Autism Research and Treatment*, *2013*, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2013/705895>

- Aubineau, L. (2010). *L'attention conjointe, un précurseur d'intentionnalité ? Études auprès des enfants de 6 à 18 mois entendants et de 4 enfants sourds de 12, 15, 18 mois*. [Thèse soutenue, Amiens]. <https://www.theses.fr/s19915>
- Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Driant, B. L. (2017). Regarde-moi, il faut qu'on se parle ! Développement socio-cognitif du bébé sourd via l'attention conjointe. *Enfance*, *N° 2(2)*, 171-197.
- Aubineau, L.-H., 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/10.3917/anpsy.151.0141>
- Balbo, G., & Bergès, J. (2005). 1. Sur le grand Autre. In *Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant* (p. 9-20). érès. <https://www.cairn.info/psychose-autisme-et-defaillance-cognitive-chez-l-e--9782865869237-p-9.htm>
- Barthélémy, C. (2020). L'autisme, un trouble du neurodéveloppement. Enjeux du diagnostic fonctionnel précoce. *Contraste*, *51(1)*, 221-227. <https://doi.org/10.3917/cont.051.0221>
- Beaulieu, A. (2020). *Le schéma d'extension : Un obstacle à l'émergence du champ pulsionnel, chez le bébé à risque d'autisme*. Université Paris Cité.
- Beaulieu, A. (2021). *La spécificité de l'ostéopathie dans la prise en charge transdisciplinaire du bébé à risque d'autisme*. Érès. <http://www.cairn.info/des-troubles-sensoriels-aux-strategies-therapeutiq--9782749272399-page-107.html>
- Bentata, H. (2022). La pulsion de portage et son objet, le giron maternel : Un fondement primaire de l'infans. In *Le corps sensori-moteur du bébé à risque* (p. 269-283). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0269>
- Bergès-Bounes, M. (2010). La « clinique de l'hypothèse » selon Jean Bergès. *La revue lacanienne*, *7(2)*, 105-110. <https://doi.org/10.3917/lrl.102.0105>
- Bernard, S., Wiener-Vacher, S., Van Den Abbeele, T., & Teissier, N. (2015). Vestibular Disorders in Children With Congenital Cytomegalovirus Infection. *PEDIATRICS*, *136(4)*, e887-e895. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0908>

- Bidet-Ildei, C., Kitromilides, E., Orliaguet, J.-P., Pavlova, M., & Gentaz, E. (2014). Preference for point-light human biological motion in newborns: Contribution of translational displacement. *Developmental Psychology*, *50*(1), 113-120. <https://doi.org/10.1037/a0032956>
- Blanchard, M., Thierry, B., Marlin, S., & Denoyelle, F. (2012). Aspects génétiques de la surdité. *Archives de Pédiatrie*, *19*(8), 886-889. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.05.015>
- Brazelton, T. B. (1992). *Points Forts. Tome 1. De la naissance à 3 ans* (Livre de Poche). Stock.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Un parcours de recherche*. érès.
- Burns, C., Matson, J., Cervantes, P., Jiang, X., & Estabillo, J. (2016). Hearing Impairment, Autism Spectrum Disorder, and Developmental Functioning in Infants and Toddlers. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, *28*(4), 495-507. <https://doi.org/10.1007/s10882-016-9486-0>
- Busnel, M.-C. (2001). Audition fœtale et réactivité prénatale à la voix maternelle « adressée ». In *Que savent les fœtus ?* (p. 35-49). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.greni.2001.01.0035>
- Busnel, M.-C., Granier-Deferre, C., & Lecanuet, J.-P. (1992). Fetal Audition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *662*(1), 118-134. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb22857>.
- Busnel, M.-C., & Héron, A. (2010). Le développement de la sensorialité foetale. In Frydman René & Szejer Myriam (Éds.), *La naissance : Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Albin Michel. <https://hal.science/hal-01598836>
- Busnel, M.-C., Volff, T., Ribeiro, A., Povera, C., Fouillot, J.-P., Sibony, O., & Héron, A. (2006). *Communication between mother and infant (fetus or newborn)*. <https://hal.science/hal-01598660>
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., & Gallese, V. (2010). Wired to Be Social: The Ontogeny of Human Interaction. *PLOS ONE*, *5*(10), e13199. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013199>

- Cejas, I., Hoffman, M., & Quittner, A. (2015). Outcomes and benefits of pediatric cochlear implantation in children with additional disabilities: A review and report of family influences on outcomes. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 45. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S65797>
- Challe, G. (2005). Troubles visuels et neurovisuels associés à la surdité. *Connaissances Surdités*, 11, 17-20.
- Chauvet, M. (2015). Habiter son organisme pour en faire un corps ! In *Corps, geste et langage* (p. 83-93). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.chaul.2015.01.0083>
- Chays, A., Labrousse, M., & Makeieff, M. (2014). Dépistage systématique de la surdité à la naissance : Résultats et enseignements au terme de 10 ans de pratique en Champagne-Ardenne. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 198(4-5), 781-799. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31287-7](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31287-7)
- Chays, A., Ville, Y., & Crépin, G. (2020). Rapport 19-12. Audition fœtale et infection par le cytomégalo virus. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(5), 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.03.002>
- Chilosi, A. M., Comparini, A., Scusa, M. F., Berrettini, S., Forli, F., Battini, R., Cipriani, P., & Cioni, G. (2010). Neurodevelopmental disorders in children with severe to profound sensorineural hearing loss : A clinical study: Neurodevelopmental Disorders in Children with SNHL. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(9), 856-862. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03621.x>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Ciccone, A. (2013). Transmission, identification. *Actes du colloque RAMSES*, 41-48.
- Cleary, D. B., Maybery, M. T., Green, C., & Whitehouse, A. J. O. (2023). The first six months of life: A systematic review of early markers associated with later autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105304. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105304>

- Condon, W. S., & Sander, L. W. (1974). Synchrony Demonstrated between Movements of the Neonate and Adult Speech. *Child Development*, 45(2), 456-462. <https://doi.org/10.2307/1127968>
- Corrales, C. E., & Oghalai, J. S. (2013). Cochlear Implant Considerations in Children with Additional Disabilities. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 1(2), 61-68. <https://doi.org/10.1007/s40136-013-0011-z>
- Courtin, C., & Melot, A.-M. (2006). Chapitre 7. Le développement sociocognitif de l'enfant sourd : Le cas des théories de l'esprit. In *Compétences cognitives, linguistiques et sociales de l'enfant sourd* (p. 165-184). Mardaga. <http://www.cairn.info/competences-cognitives-linguistiques-et-sociales-d--9782870099339-page-165.htm>
- Couvert, M. (2018). *La clinique pulsionnelle du bébé*. érès. .
- Couvert, M. (2020). Pulsion motrice et Brazelton : Un repère pour la clinique du retrait chez le nouveau-né. *Journal français de psychiatrie*, n° 49(1), 44-47.
- Couvert, M. (2022). *Le bébé analysant*. érès.
- De Clerck, A., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Les défis du bébé sourd. *Contraste*, 58.
- De Clerck, A., Fernandes-Veloso, M., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Enveloppes et pulsions dans la clinique infantile : Analyse de la psychothérapie d'un bébé sourd. *In Analysis*, 7(1), 100336. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2023.100336>
- De Clerck, A., Favrot-Meunier, C., Veloso, M. F., Costa, S. D., Rebichon, C., Thoueille, É., & Parlato-Oliveira, E. (2022). Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ? *Contraste*, 55(1), 201-225.
- Dehaene-Lambertz, G. (2020). La parole, source d'information pour le nourrisson. In *Parentalité, développement, apprentissages* (p. 179-188). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.suess.2020.01.0179>
- Dehaene-Lambertz, G., & Dubois, J. (2014). Au tout départ : Le cerveau du bébé. In S. Dehaene, *C3RV34U* (Editions de la Martinière, p. 76-92).

- Delafield-Butt, J., & Trevarthen, C. (2015). The ontogenesis of narrative: From moving to meaning. *Frontiers in Psychology*.
https://www.academia.edu/15503588/The_ontogenesis_of_narrative_From_moving_to_meaning
- Delafield-Butt, J., & Trevarthen, C. (2018). On the brainstem origin of autism: Disruption to movements of the primary self. In *Autism: The movement-sensing perspective* (p. 119-137). CRC Press/Routledge/Taylor & Francis Group.
<https://doi.org/10.1201/9781315372518-11>
- Depowski, N., Abaya, H., Oghalai, J., & Bortfeld, H. (2015). Modality use in joint attention between hearing parents and deaf children. *Frontiers in Psychology*, 6, 1556.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01556>
- Des Portes, V. (2020). Troubles du neurodéveloppement : Aspects cliniques. *Contraste*, 51(1), 21-53. <https://doi.org/10.3917/cont.051.0021>
- Devouche, E., & Provasi, J. (2019). *Le développement du bébé : De la vie foetale à la marche : sensoriel, psychomoteur, cognitif, affectif, social* (2e édition). Elsevier Masson.
- Do, B., Lynch, P., Macris, E.-M., Smyth, B., Stavrinakis, S., Quinn, S., & Constable, P. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of the association of Autism Spectrum Disorder in visually or hearing impaired children. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 37(2), 212-224. <https://doi.org/10.1111/opo.12350>
- Doi, H., Furui, A., Ueda, R., Shimatani, K., Yamamoto, M., Sakurai, K., Mori, C., & Tsuji, T. (2023). Spatiotemporal patterns of spontaneous movement in neonates are significantly linked to risk of autism spectrum disorders at 18 months old. *Scientific Reports*, 13. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40368-2>
- Doi, H., Iijima, N., Furui, A., Soh, Z., Yonei, R., Shinohara, K., Iriguchi, M., Shimatani, K., & Tsuji, T. (2022). Prediction of autistic tendencies at 18 months of age via markerless video analysis of spontaneous body movements in 4-month-old infants. *Scientific Reports*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-21308-y>

- Dolto-Tolitch, C. (2011). À la découverte de l'Haptonomie. *Présence haptonomique*, 9(1), 39-42.
<https://doi.org/10.3917/ph.009.0039>
- Douglas, P. S. (2019). Pre-emptive Intervention for Autism Spectrum Disorder: Theoretical Foundations and Clinical Translation. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 13.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnint.2019.00066>
- Einspieler, C., Bos, A. F., Libertus, M. E., & Marschik, P. B. (2016). The General Movement Assessment Helps Us to Identify Preterm Infants at Risk for Cognitive Dysfunction. *Frontiers in Psychology*, 7.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00406>
- Einspieler, C., & Prechtel, H. F. R. (2005). Prechtel's assessment of general movements: A diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 61-67.
<https://doi.org/10.1002/mrdd.20051>
- Einspieler, C., Sigafoos, J., Bartl-Pokorny, K. D., Landa, R., Marschik, P. B., & Bölte, S. (2014). Highlighting the first 5 months of life : General movements in infants later diagnosed with autism spectrum disorder or Rett syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 286-291. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.013>
- Eshraghi, A. A., Liu, G., Kay, S.-I. S., Eshraghi, R. S., Mittal, J., Moshiree, B., & Mittal, R. (2018). Epigenetics and Autism Spectrum Disorder: Is There a Correlation? *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncel.2018.00078>
- Eshraghi, A. A., Nazarian, R., Telischi, F. F., Martinez, D., Hodges, A., Velandia, S., Cejas-Cruz, I., Balkany, T. J., Lo, K., & Lang, D. (2015). Cochlear Implantation in Children with Autism Spectrum Disorder: *Otology & Neurotology*, 36(8), e121-e128.
<https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000757>
- Farges, F. (2020). Apports de la vie foétale à la clinique de l'autisme. *Journal français de psychiatrie*, n°49(1), 15. <https://doi.org/10.3917/jfp.049.0015>
- Farges, N. (1998). De l'infans à l'enfant sourd : La potentialité psychotique. *Psychologie clinique*, 6, 63-75.

- Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Martins, A., Philippon, I., & Parlato-Oliveira, E. (2020). Surdo eu ? In A. Jerusalinsky & H. Bentata, *Dos primórdios à adolescência*. Instituto Langage.
- Favrot-Meunier, C., Martins, A., de Clerck, A., Carvalho, S., & Parlato-Oliveira, E. (2020, juillet). *La structuration psychique des bébés sourds*. VII Congrès International Transdisciplinaire sur le bébé.
- Favrot-Meunier, C., Martins, A., Philippon, I., De Clerck, A., & Parlato-Oliveira, E. (2019, juillet 3). *Sourd moi ? Le bébé sourd et le circuit de la parole*. VI Congrès Transdisciplinaire International de la Psychopathologie du bébé, La Salpêtrière.
- Ferrari, F., Bedetti, L., Bertocelli, N., Roversi, M. F., Della Casa, E., Guidotti, I., Ori, L., D'Amico, R., Valeri, L., Lugli, L., Lucaccioni, L., & Berardi, A. (2022). Foot-to-Foot Contact Among Initial Goal-Directed Movements Supports the Prognostic Value of Fidgety Movements in HIE-Cooled Infants. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.731021>
- Filippa, M., Gratier, M., Devouche, E., & Grandjean, D. (2018). Changes in infant-directed speech and song are related to preterm infant facial expression in the neonatal intensive care unit. *Interaction Studies*, 19(3), 427-444. <https://doi.org/10.1075/is.16019.fil>
- Fitzpatrick, E. M., Lambert, L., Whittingham, J., & Leblanc, E. (2014). Examination of characteristics and management of children with hearing loss and autism spectrum disorders. *International Journal of Audiology*, 53(9), 577-586. <https://doi.org/10.3109/14992027.2014.903338>
- Flanagan, J. E., Landa, R., Bhat, A., & Bauman, M. (2012). Head Lag in Infants at Risk for Autism: A Preliminary Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 577-585. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004192>
- François, M., Hautefort, C., Nasra, Y., & Zohoun, S. (2011). Évolution de l'âge du diagnostic des surdités congénitales. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 128(2), 72-76. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2011.01.001>
- Freud, S. (2012). *Trois mécanismes de défense : Le refoulement, le clivage et la dénégation*. Payot & Rivages.

- Freud, S. (2014). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Payot & Rivages.
- Freud, S. (2018). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot & Rivages.
- Freud, S., Hommel, S., Le Troquer, J., Liégeon, A., & Samson, F. (2011). *Esquisse d'une psychologie*. érès.
- Gargiulo, M., & Herson, A. (2007). Le risque de la prédiction. *Contraste*, 26(1), 221-231.
<https://doi.org/10.3917/cont.026.0221>
- Gauld, C. (2019). *Pratiquer l'abduction, est-ce cela, faire de la clinique ?* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02084662>
- Georges, C. (2023, mars 24). Avec votre bébé, parlez-vous le parentais ? *Le Monde.fr*.
https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2023/03/24/avec-votre-bebe-parlez-vous-le-parentais_6166863_4497916.html
- Georgieff, N. (2017). *Les paradoxes de l'autisme : Limites des modèles et théories, perspectives de recherche*. 56(4).
- Georgieff, N. (2020). Intersubjectivité et troubles du neurodéveloppement : L'autisme est-il un trouble des « cognitions sociales » ? *Contraste*, 51(1), 229-240.
<https://doi.org/10.3917/cont.051.0229>
- Gillet, P., Guiet, A., & Bonnet-Brilhault, F. (2021). *Trouble du spectre de l'autisme*. Retz.
- Goderis, J., De Leenheer, E., Smets, K., Van Hoecke, H., Keymeulen, A., & Dhooge, I. (2014). Hearing Loss and Congenital CMV Infection: A Systematic Review. *PEDIATRICS*, 134(5), 972-982.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-1173>
- Golse, B. (2010). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. Convergences et controverses ? *Enfances & Psy*, 46(1), 30-42. <https://doi.org/10.3917/ep.046.0030>
- Golse, B. (2014). De l'intersubjectivité à la subjectivation. Un exemple de passage de l'interpersonnel à l'intrapsychique. *Enfances & Psy*, 62(1), 29-38.
<https://doi.org/10.3917/ep.062.0029>

- Golse, B. (2015). Sensorialité, enveloppes et signifiants primordiaux. In *La pensée* (p. 65-80). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.emman.2015.01.0065>
- Golse, B. (2019). La situation anthropologique fondamentale au regard de la néoténie. Contenant universel, contenus culturels divers. *L'Autre*, 20(3), 282-290. <https://doi.org/10.3917/lautr.060.0282>
- Golse, B. (2020a). Être ou exister ? Être, c'est se pré-exister à soi-même. In *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister* (p. 21-67). érès. <https://www.cairn.info/le-bebe-du-sentiment-d-etre-au-sentiment-d-exister--9782749266442-p-21.htm>
- Golse, B. (2020b, novembre 20). *Entre clinique et recherche à propos du bébé : Un no man's land ou des ponts transitionnels inattendus ?* [Journées doctorales]. Quelle articulation entre objet, méthode et théorie dans la recherche en psychanalyse ?
- Golse, B. (2023, juillet 6). *Entre l'être et l'existence : La synchronisation des flux sensoriels* [Conférence]. VIIIème Séminaire Transdisciplinaire International sur le Bébé, Hôpital Tenon.
- Granier-Deferre, C. (2011). Sensibilité visuelle prénatale. *Spirale*, 59(3), 59-66. <https://doi.org/10.3917/spi.059.0059>
- Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (2005). Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né. *Spirale*, 33(1), 21-40. <https://doi.org/10.3917/spi.033.0021>
- Gratier, M. (2009). Du rythme expressif à la narrativité dans l'échange vocal mère-bébé. *Champ psychosomatique*, 54(2), 35-46. <https://doi.org/10.3917/cpsy.054.0035>
- Gratier, M. (2018). L'importance de l'expressivité pour se parler, avec ou sans paroles. In *Le programme « Parler bambin » : Enjeux et controverses* (p. 205-225). érès. <http://www.cairn.info/le-programme-parler-bambin-enjeux-et-controverses--9782749261683-page-205.htm>
- Gratier, M. (2022, novembre 4). *L'attention esthétique des bébés*. Rencontre nationale de l'éveil artistique et culturel des jeunes enfants. https://www.youtube.com/watch?v=Nf6pUo_oY0Y

- Gratier, M. (2023, juillet 6). *L'odyssée du bébé*. VIII Séminaire International Transdisciplinaire sur le bébé, La Salpêtrière.
- Gratier, M., Filippa, M., & Apter, G. (2018). Le bébé chef d'orchestre : D'une attention à l'autre. In *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)* (p. 49-58). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2018.01.0049>
- Gratier, M., & Trevarthen, C. (2006). Rythme, émotion et pré-sentiment dans les interactions de deux bébés en voie d'autisme. In *Les émotions (autour) du bébé* (p. 169-194) Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2006.01.0169>
- Gressens, P. (2023, juin 22). *Quelles sont les périodes critiques du développement cérébral qui sous-tendent les troubles du neurodéveloppement? Caravane des Troubles du Neuro-Développement*. Repérer, intervenir, diagnostiquer précocement les troubles du neuro-développement, Anecamsp.
- Haag, G. (1994). Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel. *Contraste*, 1, 15-30.
- Haag, G. (2007). Les enveloppes corporo-psychiques. In *La pratique du packing* (p. 31-47). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delio.2007.01.0031>
- Haag, G. (2018). *Le moi corporel : À partir de la clinique psychanalytique de l'autisme et de l'observation du premier développement*. PUF.
- Haag, G. (1993). *Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations / Geneviève Haag Publications.fr*. <https://www.genevievehaagpublications.fr/hypothese-dune-structure-radiaire-de-contenance-et-ses-transformations/>
- Haag, M. (2015). L'apport de la clinique de l'autisme à la problématique des troubles corporels dans le champ des addictions et des états limites. *Cliniques méditerranéennes*, 91(1), 27-40. <https://doi.org/10.3917/cm.091.0027>
- Hadders-Algra, M. (2003). Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourrisson. *Enfance*, 55(1), 13. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0013>

- Hadders-Algra, M. (2018). Early human brain development : Starring the subplate. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 276-290. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.017>
- Hamiaux, P. P. (s. d.). *Les Troubles du Spectre de l'Autisme chez les sujets atteints d'un syndrome C.H.A.R.G.E. : Identification, sémiologie et déterminants*. 279.
- Harris, M., & Chasin, J. (2005). Visual attention in deaf and hearing infants : The role of auditory cues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(10), 1116-1123. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00405.x>
- Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, (2018).
- Hindley, P. A. (2005). Mental health problems in deaf children. *Current Paediatrics*, 15(2), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.cupe.2004.12.008>
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493-513. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl005>
- Hintermair, M., Sarimski, K., & Lang, M. (2017). Preliminary Evidence Assessing Social–Emotional Competences in Deaf and Hard of Hearing Infants and Toddlers Using a New Parent Questionnaire. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), 143-154. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw070>
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e édition actualisée et augmentée). In press.
- Jones, E. J. H., & Johnson, M. H. (2016). A revolution for the at-risk. *Neurodevelopmental Disorders*, 29(12), 6.
- 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>

- Jure, R., Rapin, I., & Tuchman, R. F. (1991). Hearing-impaired autistic children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33(12), 1062-1072. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14828.x>
- Klein, M. (1930). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. *Essais de psychanalyse*, 263-278.
- Koester, L., & Lahti-Harper, E. (2010). Mother-Infant Hearing Status and Intuitive Parenting Behaviors During the First 18 Months. *American annals of the deaf*, 155, 5-18. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0134>
- Koester, L. S., Brooks, L. R., & Karkowski, A. M. (1998). A Comparison of the Vocal Patterns of Deaf and Hearing Mother-Infant Dyads during Face-to-Face Interactions. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(4), 290-301. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.deafed.a014357>
- Koester, L. S., Brooks, L., & Traci, M. A. (2000). Tactile Contact by Deaf and Hearing Mothers During Face-to-Face Interactions With Their Infants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(2), 127-139. <https://doi.org/10.1093/deafed/5.2.127>
- Koester, L. S., Traci, M. A., Brooks, L. R., Karkowski, A. M., & Smith-Gray, S. (2004). Mother-infant behaviors at 6 et 9 months a microanalytic review ». In *The world of the deaf infant*. Oxford University Press.
- Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé: L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Calmann-Lévy.
- Kuhn, P. (2012). *Étude de la sensibilité auditive du nouveau-né grand prématuré aux stimulations sonores issues de son environnement* [Thèse de doctorat, Strasbourg].
- Lacan, J. (1954a). Séance du 2 juin 1954. In *Les écrits techniques de Freud*. <http://staferla.free.fr/S1/S1%20Ecrits%20techniques.pdf>
- Lacan, J. (1954b). Séance du 25 février 1954. In *Les écrits techniques de Freud*. <http://staferla.free.fr/S1/S1%20Ecrits%20techniques.pdf>

- Lacan, J. (1963). Séance du 23 janvier 1963. In *Séminaire X : L'angoisse*.
<http://staferla.free.fr/S10/S10%20L'ANGOISSE.pdf>
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Éditions du Seuil.
- Lacan, Jacques. (1963). Séance du 15 mai 1963. In *Séminaire X : L'angoisse*.
<http://staferla.free.fr/S10/S10%20L'ANGOISSE.pdf>
- Lacan, Jacques. (1975). Séance du 26 juin 1975. In *Séminaire XX : Encore*.
<http://staferla.free.fr/S20/S20%20ENCORE.pdf>
- Lacan Jacques. (1977). *Le séminaire de Jacques Lacan. [Livre II]. [Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954-1955)]*. Éditions du Seuil.
- Lacan Jacques. (2014). *Le Séminaire de Jacques Lacan : 1964. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Éditions du Seuil.
- Laznik, M.-C. (1993). Pour une théorie lacanienne des pulsions. *Le Discours Psychanalytique*, n° 10, 221-239.
- 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(2), 53-81. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0053>
- Laznik, M.-C. (2013). Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme. *Cahiers de PréAut*, 10(1), 23-78. <https://doi.org/10.3917/capre1.010.0023>
- Laznik, M.-C. (2014). *Une psychanalyste avec les parents : Et trois enfants autistes se mettent à parler. érés.*
- Laznik, M.-C. (2016a). Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ? In *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent* (p. 415-437). érés. <https://doi.org/10.3917/eres.berge.2016.02.0415>
- Laznik, M.-C. (2016b). *Séminaire d'été Association Lacanienne Internationale*.
<https://www.freud-lacan.com/getpagedocument/10194>

- Laznik, M.-C., Maestro, S., Muratori, F., & Parlato, E. (2005). Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. In *Au commencement était la voix* (p. 169-181). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.konop.2005.01.0169>
- Lecervoisière, P. S. (2010). L'aréflexie vestibulaire chez l'enfant sourd : Répercussions possibles sur le développement psychomoteur et à plus long terme sur les apprentissages. *Connaissances Surdités*, 31, 6.
- Lécuyer, R. (2020). *La psychologie cognitive du bébé De quelques erreurs revisitées*. Dunod.
- Lécuyer, R., & Durand, K. (2017). De quelques apprentissages fœtaux à une psychologie transnatale. *Enfance*, 3(3), 371-386. <https://doi.org/10.3917/enf1.173.0371>
- Lécuyer Roger. (1996). *Le développement cognitif du nourrisson. Tome 2*. Nathan.
- Lécuyer Roger. (2004). *Le développement du nourrisson : Du cerveau au milieu social et du fœtus au jeune enfant*. Dunod.
- Lepot-Froment, C. (1996). *L'enfant sourd : Communication et langage*. De Boeck Supérieur.
- Lev-Enacab, O., Sher-Censor, E., Einspieler, C., Daube-Fishman, G., & Beni-Shrem, S. (2015). The Quality of Spontaneous Movements of Preterm Infants: Associations with the Quality of Mother-Infant Interaction. *Infancy*, 20(6), 634-660. <https://doi.org/10.1111/infa.12096>
- Lev-Enacab, O., Sher-Censor, E., Einspieler, C., Jacobi, O. A., Daube-Fishman, G., & Beni-Shrem, S. (2022). Spontaneous movements, motor milestones, and temperament of preterm-born infants: Associations with mother-infant attunement. *Infancy*, 27(2), 412-432. <https://doi.org/10.1111/infa.12451>
- Lheureux-Davidse, C. (2003). *L'autisme infantile ou Le bruit de la rencontre : Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*. L'Harmattan.
- Lieberman, A. M., Hatrak, M., & Mayberry, R. I. (2014). Learning to Look for Language: Development of Joint Attention in Young Deaf Children. *Language Learning and Development*, 10(1), 19-35. <https://doi.org/10.1080/15475441.2012.760381>

- Limousin, F., & Blondel, M. (2010). Prosodie et acquisition de la langue des signes française : Acquisition monolingue LSF et bilingue LSF-français. *Language, Interaction and Acquisition*, 1(1), 82-109. <https://doi.org/10.1075/lia.1.1.06lim>
- Llabador, G. (2018). La thérapie d'Hélène et/avec la caméra. In *Le bébé dans tous ses états* (p. 79-86). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2018.01.0079>
- Loh, A., Soman, T., Brian, J., Bryson, S. E., Roberts, W., Szatmari, P., Smith, I. M., & Zwaigenbaum, L. (2007). Stereotyped Motor Behaviors Associated with Autism in High-risk Infants: A Pilot Videotape Analysis of a Sibling Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 25-36. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0333-5>
- Loots, G., & Devisé, I. (2003a). *An Intersubjective Developmental Perspective on Interactions Between Deaf and Hearing Mothers and Their Deaf Infants*. 148(4), 295-307.
- Loots, G., & Devisé, I. (2003b). The Use of Visual-Tactile Communication Strategies by Deaf and Hearing Fathers and Mothers of Deaf Infants. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(1), 31-42. <https://doi.org/10.1093/deafed/8.1.31>
- Loundon, N., Favrot-Meunier, C., Roy, A., Carriço, J., de Clerck, A., Berrada, Z., & Parlato-Oliveira, E. (2022). Difficultés d'organisation corporelle chez certains bébés sourds : Évaluation du risque d'autisme et prise en charge transdisciplinaire. In *Le corps sensori-moteur du bébé à risque* (p. 175-213). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0175>
- MacGowan, T. L., Tasker, S. L., & Schmidt, L. A. (2021). Differences in Established Joint Attention in Hearing-Hearing and Hearing-Deaf Mother-Child Dyads: Associations With Social Competence, Settings, and Tasks. *Child Development*, 92(4), 1388-1402. <https://doi.org/10.1111/cdev.13474>
- Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors Associated with Age of Diagnosis Among Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 116(6), 1480-1486. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0185>
- Martino, B., & Dattiseli, N. (Réalisateur). (2021). *Dans les arcanes du vivant* [Documentaire]. Koala Prod. http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/63866

- Matson, J. L., Wilkins, J., Sevin, J. A., Knight, C., Boisjoli, J. A., & Sharp, B. (2009). Reliability and item content of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT) : Parts 1–3. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(2), 336-344. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.08.001>
- Meadow-Orlans, K. P., Spencer, P. E., & Koester, L. S. (2004). *The world of deaf infants: A longitudinal study* (2004-14852-000). Oxford University Press; APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195147902.001.0001>
- Méary, D., Kitromilides, E., Mazens, K., Graff, C., & Gentaz, E. (2007). Four-Day-Old Human Neonates Look Longer at Non-Biological Motions of a Single Point-of-Light. *PLOS ONE*, 2(1), e186. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000186>
- Medjkane, F., & Apter, G. (2014). Épigénétique et autisme. Entre inné et acquis : Un espace de convergence. *L'information psychiatrique*, 90(9), 753-759. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1262>
- Meinzen-Derr, J., Wiley, S., Bishop, S., Manning-Courtney, P., Choo, D. I., & Murray, D. (2014). Autism spectrum disorders in 24 children who are deaf or hard of hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78(1), 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.10.065>
- Meinzen-Derr, J., Wiley, S., Phillips, J., Altaye, M., & Choo, D. I. (2017). The utility of early developmental assessments on understanding later nonverbal IQ in children who are deaf or hard of hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 92, 136-142. <https://doi.org/worley>
- Mellier, D. (2012). Contenances et transformation des enveloppes psychiques chez le bébé. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 435-467. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0435>
- Mellier, D. (2014). Le bébé et ses enveloppes psychiques. In *Recherches en périnatalité* (p. 165-194). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.pres.2014.01.0165>

- Mellier, D., Houzel, D., Kaës, R., Mazeas, D., Anzieu-Premmereur, C., Ravit, M., & Amado, G. (2023). *L'enveloppe psychique : Souffrance, psychopathologie et associativité*. Dunod. <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/enveloppe-psychique-souffrance-psychopathologie-et-associativite>
- Meynard, A. (2014). La pulsion invocante : Ce que les Sourds nous enseignent... *Essaim*, 32(1), 83. <https://doi.org/10.3917/ess.032.0083>
- Monroy, C., Houston, D., & Yu, C. (2021). Joint Action in Deaf and Hearing Toddlers: A Mobile Eye-Tracking Study. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 43(43). <https://escholarship.org/uc/item/77z4h6rx>
- Moore, J. M. y. (1980). Early Linguistic Environment: Interactions of Deaf Parents with their Infants. *Sign Language Studies*, 26(1), 1-13.
- Muratori, F. (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 55(1), 41-82. <https://doi.org/10.3917/psy.551.0041>
- Muratori, F. (2022). Développement moteur atypique dans l'autisme précoce. In *Le corps sensori-moteur du bébé à risque* (p. 91-117). éres. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0091>
- 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. In F. Joly, *L'enfant autiste et son corps : Une approche psychomotrice de l'autisme infantile* (In Press, p. 262). In Press.
- Nagy, E. (2011). The newborn infant: A missing stage in developmental psychology. *Infant & Child Development*, 20(1), 3-19. <https://doi.org/10.1002/icd.683>
- Nagy, E., & Molnar, P. (2004). Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development*, 27(1), 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2003.06.004>
- Nagy, E., Thompson, P., Mayor, L., & Doughty, H. (2021). Do fetuses communicate? Fetal responses to interactive versus non-interactive maternal voice and touch: An exploratory

analysis. *Infant Behavior and Development*, 63, 101562.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101562>

Negri, R. (2000). Foetal Life and the Cerebral Palsied Child. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 12(4), 557-568.

Olliac, B., Crespin, 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., Alvarez, L., & Boissel, A. (2012). [Autism and prematurity: State of the art]. *Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 19, 970-975.

Ouss, L., Saint-Georges, C., Robel, L., Bodeau, N., Laznik, M.-C., Crespin, G. C., 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(3), 143-149. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0430-x>

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 Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics*, 128(3), e488-e495.
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-2825>

Paradis, G., & Koester, L. S. (2015). Emotional Availability and Touch in Deaf and Hearing Dyads. *American Annals of the Deaf*, 160(3), 303-315.

Parlato de Oliveira, E. (2018). La construction d'un regard chez les bébés malvoyants. In *Le bébé dans tous ses états* (p. 229-238). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2018.01.0229>

Parlato-Oliveira, E. (2022). *Le bébé et ses savoirs*. Éditions érès.

Parlato-Oliveira, E., Chetouani, M., Cadic, J.-M., Viaux, S., Ghattassi, Z., Xavier, J., Ouss, L., Feldman, R., Muratori, F., Cohen, D., & Saint-Georges, C. (2020). The emotional component of Infant

Directed-Speech: A cross-cultural study using machine learning. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(2), 106-113.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.10.004>

Parlato-Oliveira, E., Saint-Georges, C., Cohen, D., Pellerin, H., Pereira, I. M., Fouillet, C., Chetouani, M., Dommergues, M., & Viaux-Savelon, S. (2021). "Motherese" Prosody in Fetal-Directed Speech: An Exploratory Study Using Automatic Social Signal Processing. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.646170>

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.

Phillips, H., Wright, B., Allgar, V., McConachie, H., Sweetman, J., Hargate, R., Hodkinson, R., Bland, M., George, H., Hughes, A., Hayward, E., De Las Heras, V. F. G., & Le Couteur, A. (2022). Adapting and validating the Autism Diagnostic Observation Schedule Version 2 for use with deaf children and young people. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 553-568. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04931-y>

Piontelli, A. (1992). *From Fetus to Child: An Observational and Psychoanalytic Study*. Psychology Press.

Posar, A., & Visconti, P. (2022). Early Motor Signs in Autism Spectrum Disorder. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(2), 294. <https://doi.org/10.3390/children9020294>

Pozzi, B., & Clerck, A. de. (2021). Psychologues confinées. *Contraste*, 53(1), 53-66.

Prat, R. (2023). *Tact-pulsion : La mémoire de forme de notre psychisme*. érès.

Prechtl, H. F., Einspieler, C., Cioni, G., Bos, A. F., Ferrari, F., & Sontheimer, D. (1997). An early marker for neurological deficits after perinatal brain lesions. *Lancet (London, England)*, 349(9062), 1361-1363. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)10182-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)10182-3)

Purpura, G., Costanzo, V., Chericoni, N., Puopolo, M., Scattoni, M. L., Muratori, F., & Apicella, F. (2017). Bilateral Patterns of Repetitive Movements in 6- to 12-Month-Old Infants with Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.011168>

- Rattaz, C., Loubersac, J., Michelon, C., Geoffray, M.-M., Picot, M.-C., Munir, K., & Baghdadli, A. (2022). Factors associated with age of diagnosis in children with autism spectrum disorders: Report from a French cohort. *Autism*, 26(8), 2108-2116. <https://doi.org/10.1177/13623613221077724>
- Reddy, V. (2003). On being the object of attention: Implications for self–other consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(9), 397-402. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00191-8](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00191-8)
- Roberts, M. Y., & Hampton, L. H. (2018). Exploring Cascading Effects of Multimodal Communication Skills in Infants with Hearing Loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(1), 95-105. <https://doi.org/10.1093/deafed/enx041>
- Robin, D. (2013). II. Qu'est-ce qu'un sujet en psychanalyse ? In *Dépasser les souffrances institutionnelles* (p. 43-70). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/depasser-les-souffrances-institutionnelles--9782130590897-p-43.htm>
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Consciousness and Cognition*, 12(4), 717-731. [https://doi.org/10.1016/S1053-8100\(03\)00081-3](https://doi.org/10.1016/S1053-8100(03)00081-3)
- Roos, C., Cramér-Wolrath, E., & Falkman, K. W. (2016). Intersubjective Interaction Between Deaf Parents/Deaf Infants During the Infant's First 18 Months. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 11-22. <https://doi.org/10.1093/deafed/env034>
- Roper, L., Arnold, P., & Monteiro, B. (s. d.). *Co-occurrence of autism and deafness: Diagnostic considerations*.
- Rosenhall, U., Nordin, V., Sandström, M., Ahlsén, G., & Gillberg, C. (1999). Autism and Hearing Loss. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(5), 349-357. <https://doi.org/10.1023/A:1023022709710>
- Saint-Georges, C. (2015). Dynamique, synchronie, réciprocité et voix dans les interactions des bébés autistes à travers l'étude des films familiaux. In *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère...* (p. 279-294). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.laznik.2015.01.0279>

- 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>
- Sansous, S., & Dellavalle, P. (2022). *Rééducation vestibulaire des enfants sourds en psychomotricité*. Éditions Tom Pousse.
- Shield, A., Pyers, J., Martin, A., & Tager-Flusberg, H. (2016). Relations between language and cognition in native-signing children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 9(12), 1304-1315. <https://doi.org/10.1002/aur.1621>
- Sieratzki, J. S., & Woll, B. (1996). Why do mothers cradle babies on their left? *Lancet (London, England)*, 347(9017), 1746-1748. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(96\)90813-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(96)90813-2)
- Smith, N. A., & McMurray, B. (2018). Temporal Responsiveness in Mother-Child Dialogue: A Longitudinal Analysis of Children with Normal Hearing and Hearing Loss. *Infancy: the official journal of the International Society on Infant Studies*, 23(3), 410-431. <https://doi.org/10.1111/infa.12227>
- Soloveichick, M., Marschik, P. B., Gover, A., Molad, M., Kessel, I., & Einspieler, C. (2020). Movement Imitation Therapy for Preterm Babies (MIT-PB) : A Novel Approach to Improve the Neurodevelopmental Outcome of Infants at High-Risk for Cerebral Palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 32(4), 587-598. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09707-y>
- Spinelli, M., Suttora, C., Garcia-Sierra, A., Franco, F., Lionetti, F., & Fasolo, M. (2023). Editorial: Are there different types of child-directed speech? Dynamic variations according to individual and contextual factors. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1056816>
- Stern, D. (2003a). *Le Moment présent en psychothérapie : Un monde dans un grain de sable*. Odile Jacob.
- Stern, D. (2003b). *Le monde interpersonnel du nourrisson : Une perspective psychanalytique et développementale* ([4e édition]). Presses universitaires de France.

- Stika, C. J., Eisenberg, L. S., Johnson, K. C., Henning, S. C., Colson, B. G., Ganguly, D. H., & DesJardin, J. L. (2015). Developmental outcomes of early-identified children who are hard of hearing at 12 to 18 months of age. *Early Human Development*, 91(1), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.11.005>
- Streri, A. (2016). *Voir, atteindre, toucher : Les relations entre la vision et le toucher chez le bébé*. Cairn.
- Streri, A. (2019). *Les compétences précoces du nourrisson, une histoire récente*. 54(3), 25-25. <https://doi.org/10.3917/gdsh.0054.0025>
- Szarkowski, A., Mood, D., Shield, A., Wiley, S., & Yoshinaga-Itano, C. (2014). A summary of current understanding regarding children with autism spectrum disorder who are deaf or hard of hearing. *Seminars in Speech and Language*, 35(4), 241-259. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1389097>
- Szejer, Myriam. (2022). *La parole aux bébés*. Langage.
- Szymanski, C. A., Brice, P. J., Lam, K. H., & Hotto, S. A. (2012). Deaf Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), 2027-2037.
- Szymanski, C., & Brice, P. J. (2008). When Autism and Deafness Coexist in Children: What We Know Now. *Odyssey: New Directions in Deaf Education*, 9(1), 10-15.
- Tordjman, S., Davlantis, K. S., Georgieff, N., Geoffroy, M.-M., Speranza, M., Anderson, G. M., Xavier, J., Botbol, M., Oriol, C., Bellissant, E., Vernay-Leconte, J., Fougerou, C., Hespel, A., Tavenard, A., Cohen, D., Kermarrec, S., Coulon, N., Bonnot, O., & Dawson, G. (2015). Autism as a Disorder of Biological and Behavioral Rhythms: Toward New Therapeutic Perspectives. *Frontiers in Pediatrics*, 3. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2015.00001>
- 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. *Attachment and Bonding: A New Synthesis*, 55-84.
- 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>

- Trevarthen, C., & Delafield-Butt, J. T. (2013). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00049>
- Trevarthen, C. (2018). Accueil des mouvements de sympathie, partage de récits de vie avec des nouveaux-nés, découverte d'accordage inventif dans le jeu. In Bentata, Hervé, Ferron, Catherine, & Laznik, Marie-Christine, *Le bébé dans tous ses états* (p. 17-40). érès.
- Truy, E., Lescanne, E., Loundon, N., & Roman, S. (2018). *Surdités : Actualités, innovations et espoirs*. (p. 220) [Rapport de la société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale]. SFORL.
- Turnbull, O. H., Rhys-Jones, S. L., & Jackson, A. L. (2001). The Leftward Cradling Bias and Prosody: An Investigation of Cradling Preferences in the Deaf Community. *The Journal of Genetic Psychology*, 162(2), 178-186. <https://doi.org/10.1080/00221320109597959>
- Vandam, M., & Yoshinaga-Itano, C. (2019). Use of the LENA Autism Screen with Children who are Deaf or Hard of Hearing. *Medicina*, 55, 495. <https://doi.org/10.3390/medicina55080495>
- Vasseur, R. (2021). Les mouvements généraux : Un marqueur du fonctionnement cérébral du bébé. In *Les enjeux de la consultation de développement* (p. 41-48). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2021.01.0041>
- Vauclair, J. (2022). Maternal cradling bias: A marker of the nature of the mother-infant relationship. *Infant Behavior and Development*, 66, 101680. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101680>
- Wallon, H. (1959a). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 12(3), 233-239. <https://doi.org/10.3406/enfan.1959.1438>
- Wallon, H. (1959b). Le rôle de l'autre dans la conscience du moi. *Enfance*, 12(3), 277-286. <https://doi.org/10.3406/enfan.1959.1443>
- Whitehouse, A. J. O., Varcin, K. J., Pillar, S., Billingham, W., Alvares, G. A., Barbaro, J., Bent, C. A., Blenkley, D., Boutrus, M., Chee, A., Chetcuti, L., Clark, A., Davidson, E., Dimov, S., Dissanayake, C., Doyle, J., Grant, M., Green, C. C., Harrap, M., ... Hudry, K. (2021). Effect of Preemptive Intervention on Developmental Outcomes Among Infants Showing Early

Signs of Autism: A Randomized Clinical Trial of Outcomes to Diagnosis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), e213298. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.3298>

Widlöcher, D. (1999). La méthode du cas unique. In M. Wolf Férida (Éd.), *Le cas en controverse*. Presses Universitaires de France.

Wiener-Vacher, S., & Lecervoisièr, S. (2012). Troubles de l'équilibre chez l'enfant. *ACFOS*, 31.

Worley, J. A., Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The effects of hearing impairment on symptoms of autism in toddlers. *Developmental Neurorehabilitation*, 14(3), 171-176. <https://doi.org/10.3109/17518423.2011.564600>

Wright, B., Phillips, H., Le Couteur, A., Sweetman, J., Hodkinson, R., Ralph-Lewis, A., Hayward, E., Brennan, A., Mulloy, J., Day, N., Bland, M., & Allgar, V. (2020). Modifying and validating the social responsiveness scale edition 2 for use with deaf children and young people. *PLoS ONE*, 15(12), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243162>

Zappella, M., Einspieler, C., Bartl-Pokorny, K. D., Kriebler, M., Coleman, M., Bölte, S., & Marschik, P. B. (2015). What do home videos tell us about early motor and socio-communicative behaviors in children with autistic features during the second year of life—An exploratory study. *Early Human Development*, 91(10), 569-575. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.07.006>

Textes intégraux des publications

- Akrich, S., Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Parlato-Oliveira, E., Pelloux, A.-S., Rebichon, C., Berrada, Z., Martins, A., Delaroche, J.-M., & Loundon, N. (in press). Analyse qualitative des profils développementaux d'une cohorte de bébés de moins de dix mois atteints de surdité congénitale : "EnTNDre : une recherche pilote issue d'un partenariat transdisciplinaire. *Contraste*, 59.
- De Clerck, A., Fernandes-Veloso, M., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Enveloppes et pulsions dans la clinique infantile : Analyse de la psychothérapie d'un bébé sourd. *In Analysis*, 7(1), 100336. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2023.100336>
- De Clerck, A., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Les défis du bébé sourd. *Contraste*, 58.
- Akrich, S., Parlato de Oliveira, E., Favrot-Meunier, C., Rebichon, C., de Clerck, A., Etori, S., Rouillon, I., Prang, I., & Loundon, N. (2023). Analysis of specific risk factors of neurodevelopmental disorder in hearing-impaired infants under ten months of age: "EnTNDre" an opening research stemming from a transdisciplinary partnership. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 166, 111453. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111453>
- De Clerck, A., Favrot-Meunier, C., Veloso, M. F., Costa, S. D., Rebichon, C., Thoueille, É., & Parlato-Oliveira, E. (2022). Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ? *Contraste*, 55(1), 201-225.
- Loundon, N., Favrot-Meunier, C., Roy, A., Carriço, J., de Clerck, A., Berrada, Z., & Parlato-Oliveira, E. (2022). Difficultés d'organisation corporelle chez certains bébés sourds : Évaluation du risque d'autisme et prise en charge transdisciplinaire. In *Le corps sensori-moteur du bébé à risque* (p. 175-213). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0175>
- Favrot-Meunier, C., de Clerck, A., Martins, A., Philippon, I., & Parlato-Oliveira, E. (2020). Surdo eu ? In A. Jerusalinsky & H. Bentata, *Dos primórdios à adolescência*. Instituto Langage.

Analyse qualitative des profils développementaux d'une cohorte de bébés de moins de dix mois atteints de surdité congénitale : "EnTNDre" une recherche pilote issue d'un partenariat transdisciplinaire.

Salomé Akrich¹, Claire Favrot-Meunier², Aurélie de Clerck³, Erika Parlato-Oliveira⁴, Anne-Sylvie Pelloux⁵, Caroline Rebichon⁶, Zoubida Berrada⁷, Alice Martins⁸, Jean-Michel Delaroche⁹, Natalie Loundon¹⁰.

Mots-clés : troubles du neurodéveloppement, bébé, repérage précoce, surdité, prévention.

Résumé :

Les troubles neurodéveloppementaux (TND) sont plus fréquents en population sourde congénitale. Afin d'appliquer aux bébés sourds les découvertes récentes sur les signes précoces des TND, de proposer des soins préventifs, et de poursuivre la recherche dans ce domaine, une consultation précoce d'observation du développement du bébé sourd a vu le jour. Nous présentons l'étude des facteurs de risque médicaux les plus prévalents dans une cohorte de 22 bébés issus de cette consultation, ainsi que deux cas cliniques.

1. Contexte de la recherche

1.1. Troubles associés à la surdité congénitale

En France, un bébé sur 1000 naît avec une surdité congénitale. Le dépistage néonatal de la surdité congénitale sévère à profonde, organisé en maternité, permet une prise en charge précoce en vue de préciser le diagnostic complexe de surdité, et d'adapter la prise en charge (notamment concernant l'indication d'une Implantation Cochléaire (IC)). Les résultats de cette intervention, lorsqu'elle est précoce – avant l'âge d'un an – sont bons en termes de

¹ Salomé Akrich, pédopsychiatre, Unité Thérapeutique Enfance et Surdité (UTES), 64 rue de la Glacière 75013, pôle Paris Centre Est, Hôpitaux de Saint-Maurice, salome.akrich@ght94n.fr

² Claire Favrot-Meunier, pédopsychiatre, psychanalyste, Unité Thérapeutique Enfance et Surdité (UTES), 64 rue de la Glacière 75013, pôle Paris Centre Est, Hôpitaux de Saint-Maurice, claire.favrot@ght94n.fr

³ Aurélie de Clerck, doctorante Université Paris Cité, Psychologue CAMSP HOVIA, 192 rue Lecourbe 75015 Paris. a.declerck@hovia.org

⁴ Erika Parlato-Oliveira, docteure en sciences cognitives et psycholinguistique, en communication et sémiotique, psychanalyste, Université Paris Cité. 14, rue de l'abbé de l'épée Paris 75005.

⁵ Anne-Sylvie Pelloux, pédopsychiatre, pôle Paris Centre Est 75i01, Hôpitaux de Saint-Maurice, annesylvie.pelloux@ght94n.fr

⁶ Caroline Rebichon, psychologue clinicienne, service ORL Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Necker-Enfants malades, 149 rue de Sèvres 75015 Paris, caroline.rebichon@aphp.fr

⁷ Zoubida Berrada, psychologue clinicienne, Unité Thérapeutique Enfance et Surdité (UTES), 64 rue de la Glacière, 75013, pôle Paris Centre Est, Hôpitaux de Saint-Maurice. Zoubida.Berrada@ght94n.fr

⁸ Alice Martins, psychologue clinicienne, Unité de Soins Ambulatoires Intensifs (USAI) / PDAP La Rose des vents, pôle Paris Centre Est, Hôpitaux de Saint-Maurice, alicedbmartins@gmail.com

⁹ Jean-Michel Delaroche, pédopsychiatre, psychanalyste, membre fondateur de l'Unité Thérapeutique Enfance et Surdité, 28, Avenue des Gobelins 75013 Paris, jm.delaroche@orange.fr

¹⁰ Natalie Loundon, professeur, médecin ORL, service ORL, Hôpital Necker-Enfants -Malades; 149 rue de Sèvres 75015 Paris, natalie.loundon@aphp.fr

développement du langage, accès à une scolarité satisfaisante, et qualité de vie (Dettman et al, 2016). En revanche, une part des enfants sourds congénitaux, implantés ou non, présentent des difficultés de développement des compétences socio-communicationnelles, et de développement global. Dans une étude américaine de 2020, sur une cohorte d'enfants sourds sévères à profonds implantés avant l'âge de 12 mois, 20% souffraient d'un trouble associé à la surdité qui exposait à un potentiel impact sur les résultats de l'implant (Friedmann et al, 2020). La population de bébés sourds congénitaux est très hétérogène : selon l'étiologie, le déficit auditif peut être isolé, ou associé à des troubles visuels, vestibulaires, cognitifs, psychomoteurs, entre autres. Cela rend l'étude de cette population plus difficile. Il est fréquent que les enfants avec troubles associés soient exclus des études sur le développement des enfants sourds. Or, c'est une question que les équipes d'implantologie explorent. Chilosi et collègues en 2010 ont étudié une cohorte de 100 enfants sourds dont 48 étaient atteints de TND. Parmi les 48 enfants, la majorité étaient atteints de syndromes génétiques ; les antécédents d'infections materno-fœtales et/ou de complications périnatales étaient retrouvés chez 13 cas de TND. Enfin, la prévalence de TND associé aux surdités génétiques non syndromiques représentait 7 cas sur les 48. Le risque de troubles multiples était corrélé aux affections prénatales et à la présence de malformations majeures à l'IRM. Cela confirme donc l'importance de l'impact des facteurs surajoutés à la surdité dans la prévalence des TND chez les enfants sourds.

1.2. Définition des troubles neurodéveloppementaux

Le neurodéveloppement correspond à la maturation, depuis la vie embryonnaire jusqu'à l'âge adulte, des fonctions mentales et neuropsychiques utiles au fonctionnement et à l'épanouissement global d'un individu (langage, motricité, compétences sociales, régulation des émotions, fonctions exécutives, ...). Le développement de ces fonctions est interdépendant, complexe et soumis aux interactions entre le patrimoine génétique et l'environnement, au sens large (environnement physicochimique, relations, vécu sensoriel, événements médicaux, respect des rythmes physiologiques, expériences psychoaffectives, etc).

Dans la 5^{ème} version du DSM, la catégorie nosographique des Troubles Neuro-Développementaux (TND) est apparue. Elle correspond à l'altération (lésionnelle ou fonctionnelle) précoce (*in utero* ou autour de la naissance) des réseaux neuronaux impliqués dans le développement des fonctions neuropsychiques. Quand le fonctionnement d'un ou plusieurs de ces réseaux est altéré, peuvent apparaître un ou plusieurs troubles combinés : troubles du langage, troubles des apprentissages, difficultés à communiquer ou à interagir avec l'entourage. Les TND résultent d'un processus dynamique, influencé par des facteurs biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs, et environnementaux.

1.3. Altération précoce et effets multiples en cascade

Les études sur le processus à l'œuvre dans les TND ont permis de confirmer que l'atteinte débute très précocement. Les 100 premiers jours post-terme sont définis comme une période sensible pour le neurodéveloppement (Douglas, 2019). S'y opère une importante neuroplasticité par réarrangements intenses de la cytoarchitecture neuronale nécessaire à la spécialisation des fonctions corticales (à l'instar de la maturation des voies centrales de l'audition).

En effet, cette période ultra précoce est dite *critique* : par manque d'entretien des réseaux neuronaux dédiés, ceux-ci peuvent perdre leur fonctionnalité par l'effet de la neuroplasticité. Cette période ultra précoce est aussi dite *sensible* : l'impact des facteurs

négatifs sur le développement des structures neuronales est plus important durant cette période, avec des conséquences à long terme.

Douglas reprend l'image de l'effet papillon : l'altération première entraîne une multitude d'effets délétères sur les différents domaines du développement (sensorimotricité, langage, compétences sociocommunicationnelles), qui eux-mêmes impactent en cascade les autres domaines à court, moyen et long termes. Ainsi se dessine, au gré des facteurs environnementaux, la trajectoire développementale d'un individu. Là sont les enjeux préventifs et thérapeutiques : lutter contre les facteurs négatifs modifiables (amélioration des soins en périnatalogie, lutte contre la douleur, prise en charge des troubles associés) et favoriser les facteurs positifs (thérapie ultra précoce ciblée) en soutenant le développement, afin d'éviter l'installation d'une pathologie.

Pour appréhender ces mécanismes à l'œuvre, l'observation des comportements du bébé reste le meilleur outil clinique. L'étude des mouvements généraux lors de la période des mouvements spontanés (avant le relai par la commande corticale volontaire) en est un exemple, une fenêtre sur le fonctionnement du SNC. Les recherches cliniques sur le sujet ont fait émerger l'idée que l'atteinte précoce de la motricité spontanée pourrait être un facteur prédictif de TND (Lev-Enacab, 2015 ; Einspieler, 2016).

1.4. Signes de TND repérés en période ultra précoce

Les études à partir des films familiaux ont permis une analyse fine des interactions parents-enfant, de la synchronie des échanges, et des comportements sensorimoteurs des bébés dans des contextes de la vie quotidienne. Réalisées longitudinalement, elles ont permis une analyse de la trajectoire développementale des enfants devenus autistes en comparaison des enfants atteints de trouble du développement intellectuel (TDI), et d'enfants sans diagnostic de TND (Muratori et al, 2011 ; St-Georges et al, 2011 ; Purpura et al, 2017).

Nous savons grâce aux études de fratrie d'enfants autistes que cette population est à haut risque de développer un TSA, mais aussi d'autres formes de TND, aux phénotypes très variés (Leezenbaum, 2019). Aussi, ces études longitudinales ont permis de comparer rétrospectivement les trajectoires développementales ayant mené aux différents diagnostics.

En résumé, les trajectoires développementales conduisant à un phénotype de TSA seraient atypiques (progrès puis déclin, stagnation dans certains domaines) et ce dès la première année, que ce soit sur le plan des interactions sociales (Saint-Georges et al, 2011), du langage, ou du développement posturomoteur (Leezenbaum et al, 2019), alors que le développement des enfants avec TDI montrerait simplement un progrès décalé dans le temps.

A partir de ses travaux, l'équipe de Muratori décrit les comportements moteurs susceptibles d'indiquer une fragilité développementale : les troubles de la régulation du tonus peuvent s'exprimer en excès, avec une agitation psychomotrice, un excès de recrutement tonique du tronc ou des membres, voire un développement moteur précipité, manquant certaines étapes de la construction des appuis (Bullinger, 2007). De même, l'hypotonie et l'hypoactivité motrice indiquent une vulnérabilité. Les mouvements répétitifs des mains et des bras, bien connus dans le syndrome autistique et souvent considérés comme d'apparition tardive, sont parfois visibles dès les premiers mois. Ils sont plus subtils, sans organisation typique (Loh et al, 2007 ; Purpura et al, 2017).

Dans la dyade, on constate davantage de comportements de *regulation up* chez les parents, signe qui serait prédictif d'un développement retardé ou atypique (St-Georges et al, 2011).

Observer cette sémiologie dès les premiers mois est donc possible, et permet de mieux comprendre le processus en cascade altérant le neurodéveloppement. En effet, ces signes sont non seulement le reflet d'une altération déjà à l'œuvre, mais ont aussi leurs propres

conséquences en aval, en réduisant la disponibilité du bébé pour construire son cerveau social, acquérir le langage, réguler ses sensations et émotions via les expériences avec son entourage (Trevarthen & Delafield-Butt, 2013 ; Leezenbaum, 2019 ; Douglas, 2019).

1.5. Facteurs de risque communs aux TND et à la surdité

La participation génétique est indéniable dans la pathogenèse des TND, mais très variable d'un individu à l'autre et très complexe. Si certaines affections monogéniques ou caryotypiques sont identifiées comme cause de TND, elles concernent une portion minime des étiologies (Ornoy et al, 2016). Le reste est représenté par des combinaisons génétiques, elles-mêmes rendues plus complexes encore par des modifications épigénétiques, causées par l'environnement au sens large.

Parmi les innombrables facteurs de risques de TND, certains sont aussi associés au risque de surdité congénitale. On peut citer les affections génétiques comme le syndrome CHARGE (Abadie et al, 2020), la neurofibromatose, la délétion 22q11 ; des infections maternofoetales comme le virus de la rubéole ou le CMV ; et les complications périnatales ayant pour conséquences une anoxie néonatale ou une naissance prématurée. De plus, certains enfants subissent les effets cumulatifs de plusieurs de ces facteurs. L'exemple du déficit auditif cumulé à (et parfois causé par) la prématurité, est pris en compte dans l'analyse de covariance de Kuban, citée par Lisa Ouss et ses collègues (2012), révélant l'augmentation du risque de TSA provoqué par cette "simple" combinaison. On peut imaginer l'amplification de ce risque que cause un syndrome génétique aux expressions multiples sur le développement.

Enfin, la prise en charge de la surdité est susceptible d'engendrer d'autres facteurs à impact négatif sur la trajectoire développementale. La douleur en est un exemple : il est maintenant prouvé que les expériences douloureuses précoces chez des bébés vulnérables peuvent avoir des conséquences à longs termes sur le développement perceptif, cognitif, moteur et social, mais aussi diminuer pour longtemps les seuils de sensation de douleur, rendant ces bébés fatigables et peu disponibles.

Forts de ces constats, il nous semble que la question des TND dans la population des bébés sourds congénitaux mérite toute notre attention en tant que cliniciens.

2. Recherche EnTNDre

2.1. Partenariat transdisciplinaire

En France, l'Unité Thérapeutique Enfance et Surdité (UTES) située à Paris est l'unique centre de soins pluridisciplinaires spécialisé en psychiatrie des enfants et adolescents sourds ou parentés à une personne sourde. A l'UTES, les situations rencontrées sont souvent complexes : d'abord sur le plan médical, la prévalence des surdités d'origine syndromique étant importante, mais aussi du fait du multilinguisme fréquent dans les familles (LSF/oral ; multilinguisme, dans cette région à la forte proportion de familles venues d'ailleurs).

Les nombreux travaux sur la psychologie de l'enfant sourd, menés par des équipes d'audiophonologie et de psychiatrie, ont permis de mieux saisir les particularités d'accès à la langue et au langage, les effets de la surdité dans la dynamique familiale en particulier dans les relations parents-enfant (Meadow-Orlans et al, 2004), la théorie de l'attachement (de Clerck et al, 2022), et bien d'autres aspects de la psychopathologie. En revanche, la littérature sur le sujet des troubles neurodéveloppementaux associés à la surdité est émergente.

De ces constats, partagés avec les cliniciens des équipes d'ORL de l'hôpital Necker Enfants Malades (APHP), est né un partenariat dont les objectifs étaient : repérer dans le cadre du parcours de bilan de surdité congénitale (donc très précocement) les bébés présentant

un risque neurodéveloppemental, prendre en soins ciblés sans délai les bébés jugés à risque ; recueillir des données cliniques afin d'émettre des hypothèses sur les facteurs associés au risque neurodéveloppemental des bébés sourds congénitaux (recherche pilote « EnTNDre »). Ceci dans une volonté de prévention des trajectoires développementales défavorables pouvant amener à des situations qui se compliquent à mesure que l'enfant grandit, compromettant la scolarité et l'autonomie de l'enfant.

Une consultation d'observation du développement global et des compétences sociales et relationnelles a donc été créée, proposée aux parents de bébés diagnostiqués sourds. Une cohorte de bébés a été constituée à partir de ce dispositif, dont nous avons décrit et analysé les profils, avec pour objectif principal de : 1) décrire les profils médicaux et l'état développemental de bébés sourds congénitaux tout venant ; et secondaires de 2) dégager des facteurs possiblement associés aux signes de TND chez des bébés sourds, afin de mieux les repérer et les comparer aux facteurs identifiés chez les enfants entendants ; 3) émettre des hypothèses physiopathologiques sur les éléments cliniques retrouvés majoritairement chez les enfants sourds à risque de TND.

Les résultats de cette étude ont été publiés en mars 2023 dans la revue *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (Akrich et al, 2023).

2.2. Méthode

2.2.1. Participants

Les bébés inclus devaient être atteints de surdité permanente, avoir moins de 10 mois lors de la consultation, et un consentement signé par les parents pour l'enregistrement vidéo de la consultation, à des fins d'analyse clinique et de recherche. La consultation était filmée, afin d'en extraire les données nécessaires par micro-analyse. Il est important de noter que l'objectif premier de ces consultations était clinique : évaluer les bébés pour orienter ceux identifiés à risque vers une prise en charge adaptée, aussi bien diagnostique que thérapeutique. L'analyse comparative des films à des fins de recherche était un objectif secondaire. Une attention particulière était portée aux propos des parents, pour l'évaluation du risque en prenant compte de leurs ressentis « in vivo », riches d'informations.

2.2.2. Critères d'observation

- Compétences relationnelles

Pour évaluer les compétences relationnelles des bébés, nous nous sommes servies de la *grille Olliac*, un outil qui s'adresse aux enfants âgés de moins de dix mois. L'objet d'étude est le bébé, et son appétence spontanée à solliciter la relation, et non pas seulement à répondre aux sollicitations qui lui sont adressées.

Si l'enfant obtient un score final égal à 15 (tous les points obtenus aux deux premières questions), il est considéré « non à risque de TSA » ; on conclut alors à un fonctionnement relationnel d'apparence bonne qualité. Si ce score est ≤ 3 (pour la grille 4 mois) ou ≤ 5 (pour la grille 9 mois) ; le bébé est considéré à risque d'autisme. Pour les autres (score < 15 mais > 3 ou > 5 selon l'âge) ; le résultat est considéré comme intermédiaire, à risque développemental sans précision.

- Comportements posturaux et sensorimoteurs

Notre observation portait aussi sur les comportements moteurs des bébés en réponse à l'environnement sensoriel et relationnel. Nous avons tenu dans notre analyse à considérer aussi les appuis dont bénéficient l'enfant (qualité du portage, organisation posturomotrice au

sol). Les critères d'alerte sont basés sur les travaux de l'équipe de Pise (Muratori et al, 2011), et l'approche sensorimotrice du professeur André Bullinger (Bullinger, 2007). Les éléments d'observation de la qualité des comportements sensori-moteurs étaient les suivants :

- Agitation psychomotrice, instabilité posturomotrice : difficultés du bébé à ralentir son activité motrice pour s'intéresser à un objet, une partie de son corps, ou le regard de son interlocuteur.

- Comportements sensoriels inhabituels : les accrochages du regard aux lumières ainsi qu'aux motifs contrastés ; une hypersensibilité, des réactions inhabituellement fortes aux stimuli sensoriels sans diminuer avec l'effet de l'habituation, indiquent une vigilance accrue du système neurosensoriel.

- Mouvements répétitifs : par exemple, un membre supérieur qui tape le sol de façon répétitive (arm shake), ou qui se tape la bouche. Si ces mouvements persistent, sont associés à un répertoire moteur pauvre, ou interrompent voire empêchent les moments d'échanges avec le parent, ils constituent un signe d'alerte (Loh et al, 2007).

- Retard des acquisitions psychomotrices / hypotonie globale : les enfants ne tenant pas leur tête à 4 mois, ne tenant pas assis à 9 mois, ne se retournant pas à 9 mois, sont considérés comme à risque sur le plan développemental. L'hypoactivité, la lenteur dans les mouvements, les difficultés à recruter le tonus pour enrichir la motricité, sont des signes qui disent la moindre qualité du fonctionnement du SNC, et prédisent les limites de son développement par manque de stimulations, d'explorations motrices.

- Opisthotonos / hyperextensions dorsales répétées : chez les nourrissons, une situation d'inconfort sensori-moteur brusque peut se traduire par une réaction d'hypertonie des muscles extenseurs de la chaîne dorsale allant de la tête au bassin. La tête et le corps du bébé se cambrent en arrière. Cette réaction à des flux sensoriels est déjà observée chez le fœtus, pour qui le regroupement en flexion est permis par la paroi utérine. Après la naissance, ce regroupement est facilité par les bras de la personne qui porte l'enfant et le rassure. Mais un enfant irritable sur le plan sensoriel et émotionnel peut développer des réponses d'hyperextensions fréquentes ou répétitives (Loh et al, 2007). Cela peut impacter la relation ; les moments de portage sont malaisés, désorganisés, le porteur peut se sentir insuffisamment rassurant et contenant, et préférer laisser l'enfant dans son transat, par exemple. « *C'est souvent le début d'une spirale de troubles des interactions entre l'enfant et son milieu humain* » (Bullinger, 2015).

- Qualité globale de la motricité : cette catégorie regroupe de nombreux signes (toujours mis en perspective de l'âge) qui sont connus pour alerter sur la qualité du fonctionnement du système nerveux. On y retrouve les anomalies posturales : un bébé qui montre une asymétrie de motricité entre la partie droite de son corps et la partie gauche, ou entre le haut et le bas du corps ; un répertoire moteur pauvre, manquant d'exploration motrice de la part du bébé ; des mouvements saccadés, contrastant avec la fluidité habituelle des mouvements des bébés en bonne santé ; des anomalies de tonus, globales ou segmentaires, comme une raideur des jambes, une hypotonie de la musculature du dos, des difficultés de jonction, un poing tenu fermé en permanence, un bras trop souvent en abduction ; la persistance de réflexes archaïques comme le réflexe de Moro, qui peuvent parasiter et entraver certaines acquisitions motrices.

Puisque l'on dépiste des signes précoces de TND, et non pas un TSA caractérisé, l'estimation de la qualité du développement de chaque bébé repose sur un faisceau de signes, à partir des critères sus-cités.

2.2.3. Conversion des données cliniques en valeurs ternaires

Pour mieux analyser les données et répertorier les différents profils, nous avons établi une gradation des signes d'alerte, en attribuant un score compris entre 0 et 2 :

- Pour les critères relationnels : à partir du score Olliac, 0 correspondait à un score maximal, 1 à un score intermédiaire, et 2 à un score à *risque* (cf. plus haut).
- Pour les critères posturaux et sensorimoteurs : à partir de la sévérité et du nombre de signes observés, 0 : observations rassurantes, motricité globale de qualité, pas de signe d'inquiétude ; 1 : quelques comportements sensorimoteurs inhabituels chez un bébé dont la motricité globale est de bonne qualité, n'entravant pas la qualité et la quantité des interactions sociales ; 2 : comportements sensorimoteurs préoccupants, limitant la qualité et/ou la quantité de leurs comportements sociaux.

2.3. Recueil des données médicales

Pour clarifier les profils des enfants présentant un risque neurodéveloppemental associé à une surdité congénitale, nous avons cherché dans leur histoire médicale les éléments associés au risque d'autisme identifiés dans la littérature, les caractéristiques de la surdité, et la présence d'autres troubles ou malformations associées. Certains signes cliniques permettent parfois de suspecter très tôt un diagnostic étiologique syndromique, tel que par exemple le syndrome CHARGE. De même, la séroconversion CMV est souvent rapidement identifiée. La recherche des éléments médicaux était basée sur le recueil dans les dossiers médicaux du service d'audiophonologie, depuis la prise en charge jusqu'à l'âge de la consultation. Enfin, nous nous intéressons particulièrement à l'existence ou non d'un trouble du système vestibulaire, car cette atteinte selon son intensité, peut être très impactante pour le développement des compétences posturomotrices, et donc sociales (Bullinger, 2015).

3. Résultats

Vingt-deux enfants ont été inclus dans la cohorte, dont treize filles. Tous étaient atteints de surdité permanente bilatérale, dépistée en maternité. Le jour de la consultation, tous avaient une surdité neurosensorielle sévère à profonde, à l'exception d'un enfant ayant une surdité moyenne (cf. Tableau I). L'âge moyen lors de la consultation était de 7 mois.

Tableau I : caractéristiques générales de la cohorte

	Nombre (total = 22)	Pourcentage (%)
Garçons	9	39,1
Conditions de naissance		0,0
Prématurité	3	13,0
Complications de grossesse	5	21,7
Complications obstétricales naissance	7	30,4
Petit poids de naissance	1	4,3
Photothérapie	2	8,7
Séjour en réanimation	4	17,4
Surdité		
- Degré **		
Moyenne	1	4,3
Sévère	2	8,7

	Profonde	19	82,6
- Type	Neurosensorielle	22	95,7
	Transmission	0	0,0
	Mixte	0	0,0
- Syndrome CHARGE		3	13,0
- Vestibulométrie	Normale	12	52,2
	Hyporéflexie	3	13,0
	Aréflexie	6	26,1
	Non faite/résultats non connus	1	4,3
Affections associées			
	Séroconversion CMV	2	8,7
	Anomalie neuroimagerie ***	7	30,4
	Traitement anti épileptique à T1	0	0,0
	Antécédent de gastrostomie	2	8,7
	Trouble visuel	3	13,0
	RGO traité ou non, à T1	6	26,1
	Malformation extra-auriculaire	8	34,8
Âge à T1****			
	< 4 mois - 29 jours	0	0,0
	Entre 4 mois - 29 jours et 4 mois + 29 jours	6	26,1
	Entre 4 mois + 29 jours et 9 mois - 29 jours	7	30,4
	Entre 9 mois - 29 jours et 9 mois + 29 jours	9	39,1
Famille			
			0,0
	Surdité chez parenté au premier degré	3	13,0
	Parents sourds	0	0,0
	Parents initiés à la LSF		0,0
	TND chez parenté au premier degré	1	4,3

* Les deux cas d'hyperbilirubinémie ont dépassé le seuil nécessitant un traitement par photothérapie.

** Oreille la moins atteinte

*** Anomalie à l'IRM cérébrale et/ou à la TDM des rochers

**** Âge réel pour les enfants nés à terme, âge corrigé pour les bébés nés avant 37 SA

LSF: Langue des Signes Française

De l'analyse des données issues de cette cohorte et leur transcription numérique, ont émergé trois profils développementaux, que nous avons mis en lien avec les caractéristiques médicales des enfants (détails à retrouver dans l'article publié dans l'IJPO, cité plus haut).

Profil n°1 : pas de préoccupation

Le premier profil correspondait au groupe de 6 enfants pour qui les observations étaient rassurantes, tant sur les plans relationnel que sensori-posturo-moteur. A la *grille Olliac*, ces enfants avaient 15 points. Leur motricité globale était de bonne qualité. Ils ne présentaient ni mouvements répétitifs, ni retard des acquisitions, ni troubles du tonus. Pour 5 enfants (#2#3#4#5#6), certains comportements sensorimoteurs nous ont semblé légèrement inhabituels (recours ponctuels à des hyperextensions, déséquilibres entre plans avant et arrière, peu de positions asymétriques et d'exploration des espaces latéraux). Cependant, ces signes s'intégraient dans un comportement global de qualité, permettant de bons échanges dans la dyade parent-enfant et avec la clinicienne. De plus, ces moments étaient brefs, et ils nous semblaient refléter une difficulté à gérer un inconfort sensori-moteur passager. En cela, ils ne nous ont pas inquiétés d'un point de vue développemental, mais nous ont interrogés sur le lien éventuel avec le déficit auditif. Par exemple, les brefs recours à des hyperextensions dorsales observés chez certains rendaient difficile le portage. Bullinger fait l'hypothèse que ces comportements sont normaux dans le développement du tout petit, la construction de son schéma corporel, mais ne devraient pas s'installer. On peut aussi s'interroger sur les postures particulières qu'un enfant sourd doit adopter pour construire sa représentation de l'environnement, devant aller chercher les informations par le visuel (et notamment la vision périphérique), alors que l'enfant entendant peut se rassurer par les indices sonores.

Dans ce sous-groupe, 1 enfant (#4) avait une hyporéflexie vestibulaire, et 1 enfant (#6) avait eu une infection materno-fœtale à CMV au cours du premier trimestre de grossesse, traitée par antiviraux, et responsable d'hypersignaux de la substance blanche à l'IRM cérébrale et de kystes temporaux. Aucun n'avait de parent au premier degré atteint de TND.

Profil n°2 : degré de préoccupation élevé

Le second profil qui se dégage est celui des 11 enfants à qui nous avons attribué un degré de préoccupation élevé, à partir de nos observations. Sur le plan sensori-moteur, ils présentent des signes de trouble du tonus (souvent une hypotonie globale, parfois associée à des hyperextensions dorsales), des mouvements répétitifs, un répertoire moteur pauvre, et/ou un retard des acquisitions. Les hyperextensions dorsales observées dans ce groupe ont un caractère excessif, parfois envahissant en termes de fréquence et de durée sur le temps de la consultation ; ces comportements interrompent et/ou empêchent les moments d'interactions du bébé avec ses parents et/ou la clinicienne. Ils déroutent l'adulte, qui bien souvent adopte des comportements en *regulation up*, des sollicitations sensorielles pour maintenir le contact avec l'enfant, ou retrouver son attention. Nous pensons que les signes sensorimoteurs observés chez ces bébés participent à leur manque de disponibilité pour adresser des appels francs envers leur parent, initier des échanges de regards de façon suffisamment durable pour être

reçus et compris par leur parent, et profiter de ces premières expériences sociales. Les intentions sociales sont là pour un certain nombre de ces enfants (16 ont un score intermédiaire ou maximal à la grille Olliac), mais bien plus rares (sur une heure d'observation), plus brèves, et moins marquées que chez les enfants sans signes sensorimoteurs. Ces émergences sociales étaient soumises à l'apport d'un appui dorsal suffisant, et/ou suivies d'une désorganisation psychocorporelle interrompant l'interaction (hyperextensions, rythmiques céphalo-corporelles, recherche de contrastes visuels, mouvements répétitifs, cris aigus). Ces observations, complémentaires à la cotation de la grille Olliac, alertaient sur les signes d'altération du développement de ces enfants au moment de la consultation, et ont encouragé les cliniciens à leur proposer des bilans complémentaires et prises en charge spécifiques.

A l'exception d'un enfant (#14), tous les enfants de ce groupe avaient soit subi une complication périnatale (#15#16#17#20#22#23#), soit un syndrome génétique avéré ou suspecté par la présence de malformations extra-auditives (#12#13#15#17#19#20#21#22), soit un parent au 1er degré atteint de TND (#18). De plus, à l'exception de deux enfants (#13#14), tous présentaient une hyporéflexie ou une aréflexie vestibulaire.

Profil N°3 : degré de préoccupation intermédiaire

Enfin, pour le troisième profil d'enfants de cette cohorte, constitué par 5 bébés, nous avons attribué un degré de préoccupation intermédiaire. Le premier (#7) obtenait 15 points à la grille Olliac et un score sensorimoteur de 1, du fait de la pauvreté de son répertoire moteur. Toutefois, il gardait une motricité bien organisée - à la différence des enfants du profil n°2 - ce qui n'entravait pas les compétences relationnelles. Nous avons donc choisi de l'intégrer dans ce profil intermédiaire.

Les 4 autres enfants obtenaient un score intermédiaire à la *grille Olliac* : ils initiaient et répondaient aux sollicitations avec l'examinatrice (5 points) mais pas avec leurs parents (0, 2 ou 8 points). Concernant les signes sensorimoteurs : les 4 enfants avaient une motricité bien organisée, mais lente, avec un retard des acquisitions et/ou une raideur inhabituelle des membres inférieurs (#11). Ces enfants nous ont interrogés sur la qualité de leur développement global, qui ne nous semblait pas optimale.

L'analyse des dossiers médicaux montre que le cas #7 est né prématuré, dans un contexte de cholestase gravidique, pré-éclampsie, et infection maternofoetale à streptocoque B. Pour deux bébés (#8, #10) existaient une ou plusieurs malformations hors du système auditif. La naissance du cas #11, par ailleurs sans particularité, avait été marquée par le relevé d'un liquide méconial. L'analyse de l'histoire du cas #9 n'a pas relevé de particularité dans la limite de ce que nous cherchions.

Ce résultat intermédiaire pourrait être en lien avec des bébés présentant une vulnérabilité développementale plurifactorielle. Le nombre d'enfants dans ce groupe, et les données que nous possédions n'étaient pas suffisants pour interpréter nos observations. Il nous semble que les bilans génétiques, d'imagerie, sensorimoteur, voire des observations échelonnées, auraient été nécessaires pour mieux caractériser le profil développemental de ces enfants.

4. Cas cliniques

1. Cas n°1 (cas #1)

Il s'agit d'un petit garçon qui a été vu en consultation conjointe à l'âge de 7 mois, accompagné de sa maman. Ses deux parents sont entendants, parlent le français, et sont initiés à la langue des signes française. C'est leur troisième enfant : ils ont une première fille atteinte de surdité profonde bilatérale due à une neuropathie auditive, et une deuxième fille entendante. Il n'y a pas de notion de TND dans la famille. La grossesse est issue d'une conception naturelle, et s'est déroulée sans encombre. Il n'y pas eu de séroconversion CMV, ni complication per partum. Le petit est né 40 SA et 4 jours, par voie basse, et sans déclenchement. Il pesait 3230g, Apgar 10 à 1, 5, et 10 min. Les suites ont été simples sur le plan médical : pas d'hyperbilirubinémie, pas de séjour en réanimation. Les Oto Émissions Acoustiques de dépistage en maternité étaient « présentes » des deux côtés. Rapidement, les parents ont constaté un manque de réponse aux stimuli auditifs. Des Potentiels Évoqués Auditifs ont révélé quelques jours après la naissance une surdité neurosensorielle profonde bilatérale. Le scanner des rochers et l'IRM cérébrale n'ont pas montré d'anomalie. Le bilan vestibulaire réalisé à 4 mois a retrouvé un léger déficit à droite, mais une fonction normale à gauche. Il n'y a pas eu de suivi en neuropédiatrie, l'alimentation n'a pas posé problème, il n'a pas souffert de RGO. Aucune anomalie morphologique, ni plagiocéphalie constatée. Pas de trouble visuel associé. L'enfant a tenu sa tête à 1 mois et demi, pouvait se retourner dans les deux sens à 4 mois, et tenait assis à 6 mois.

Consultation conjointe à 7 mois de vie :

Dès les premières minutes de la consultation, cet enfant a montré ses très belles compétences relationnelles. Son plaisir à susciter et maintenir les échanges avec les trois personnes dans la pièce (sa maman, la clinicienne menant la consultation et celle qui filmait) était évident, durant toute la durée de la séance. Il était très souriant, très éveillé, ouvrant de grands yeux et un grand sourire. Assis sur les genoux de sa maman, il fait preuve d'un bon ajustement tonicopostural. L'appui-dos ne semble pas nécessaire au maintien de sa tête et de son dos, il contrôle sans difficulté les mouvements de ses bras. Sa motricité est fluide, harmonieuse, typique du bébé adorable qui suscite le mamanaïs. Il cherche activement l'autre des yeux ; sa maman le dit « *dès que l'on rentre dans son champ de vision, il essaie vraiment de nous fixer du regard pour qu'on ne parte pas* ».

Cotation Olliac :

- 1) Le bébé cherche-t-il à vous regarder : a) spontanément ? *Oui, 4 points* ; b) lorsque vous lui parlez (protoconversation) ? *Oui, 1 point*.
- 2) Le bébé cherche-t-il à se faire regarder par sa mère en vocalisant, en gigotant, tout en la regardant intensément : a) spontanément ? *Oui, 8 points* ; Lorsqu'elle lui parle (protoconversation) ? *Oui, 2 points*.

Total = 15 points, pas de risque.

Sur un matelas au sol, il se retourne dans les deux sens. Il partage l'intérêt pour son jouet avec les trois personnes dans la pièce avec le regard, soutenu par ses postures stables (s'appuie sur un seul avant-bras en étant sur le ventre, pour tendre son jouet de l'autre bras), tout en vocalisant. Très curieux, il explore beaucoup grâce à une motricité de très bonne qualité. Il ne montre ni agitation psychomotrice, ni mouvement répétitif. Ses initiations d'interaction sont multimodales : de longs regards intenses associés à des vocalisations riches, sourires, bras et pieds tendus vers l'adulte avec qui il discute. Il fait de même avec sa maman. Les reflux de lait ne semblent pas le gêner, encore moins désorganiser son état psychocorporel. Il continue l'exploration du jouet qu'il a dans les mains comme si rien ne s'était passé. Cette observation est rassurante en tous points.

2. Cas n°2 (cas #16)

Il s'agit d'une petite fille qui a été vue en consultation conjointe à l'âge de 5 mois, accompagnée de sa maman. Ses deux parents sont d'origine Philippine, cousins germains, et parlent Tagalog à la maison. La maman parle couramment le français. Cette petite fille est la première enfant du couple. Il n'y a pas d'antécédent de surdité ni de TND dans la famille.

La grossesse a été marquée par un diabète gestationnel, et une hyperthermie maternelle per partum, faisant suspecter une chorioamniotite à streptocoque B, traitée par antibiothérapie (cefotaxime et gentamicine). Il n'y a pas eu de séroconversion CMV durant la grossesse. L'accouchement a eu lieu par césarienne en urgence, pour cause d'anomalie du rythme cardiaque fœtal. Le bébé est né à 41 semaines d'aménorrhée et 3 jours, pesait 3500 g, mesurait 50 cm et son périmètre crânien 36,5 cm ; score d'Apgar 4 à 1 min, 7 à 3 min, 9 à 5 et 10 min. Elle a été intub e à la naissance pour cause de détresse respiratoire due à une inhalation méconiale, puis relais CPAP pendant 48 heures avec instillation de surfactant, séjour en réanimation de six jours. Un diagnostic de maladie des membranes hyalines a été posé.

Dans le cadre du dépistage néonatal de la surdité, l'enfant a passé des Potentiels  voqu s Auditifs Automatisés   J1, J2 et J3, tous montrant une absence de réponse des deux oreilles. Un déficit auditif neurosensoriel profond bilatéral a ensuite été diagnostiqué, puis appareillé   4 mois, sans gain d'audition significatif. La PCR CMV analys e sur sang séché de carton de Guthrie est revenue négative. Le scanner des rochers et l'IRM cérébrale ne montraient pas d'anomalie, notamment pas de malformation de l'oreille interne. L'examen vestibulaire ne montrait pas de déficit.

Consultation conjointe à 5 mois de vie :

Le jour de la consultation, la petite est gard e à la maison par sa maman, elle ne présente pas de difficulté à l'alimentation, mais souffre de reflux gastro-œsophagien contre lequel elle a un lait épaissi.

Sa mère l'allonge sur le matelas. Son regard se dirige vers le mur derrière elle, la chêne dorsale en hyperextension, les bras en abduction   90 . Ses jambes sont tendues, raides, et elle fait tourner ses pieds comme des marionnettes.

Orienter son visage vers l'adulte à côté d'elle ou à ses pieds lui demande un effort de maintien de la position en flexion du buste et du cou qui ne dure pas longtemps. Les échanges de regard pour lesquels elle semble avoir de l'intérêt, ne durent pas plus de deux secondes ; le recrutement de son tonus ne tient pas.

Cette position d'hyperextension dorsale, arc-boutée, est impressionnante par son intensité et sa durée. Ses épaules sont tournées vers l'arrière, les bras le long du corps et les avant-bras en abduction. Cela limite nettement la jonction des mains dans le plan médian, et donc l'exploration de son corps ou d'objets tenus, qui est essentielle à sa construction psychique, dans l'interaction. Sa posture lorsque son installation est modifiée montre qu'elle n'anticipe pas le portage : son corps, soutenu sous le bassin et sous la partie thoracique de son dos, reste en hyperextension dorsale, les deux bras en chandelier dans le plan arrière, la tête vers l'arrière, donnant une impression de rigidité en opisthotonos. Sur le tapis plan, elle semble écrasée par la gravité, très peu mobile. Elle peut tout de même se retourner sur le ventre. Là, elle garde les poings fermés, et n'utilise pas ses mains pour redresser son buste. Pour dégager une main et attraper un jouet, elle se sert de son crâne pour appui, manquant de tonicité du plan avant, et le dos restant creux (position du planeur).

Ses vocalisations sont peu variées, et surtout rarement adressées. Parfois, sa voix est très aiguë et correspond au son produit par le tonus pneumatique qu'elle recrute. Elle bloque sa respiration pour mieux maintenir son buste, par manque de recrutement du plan antérieur, et pouvoir interagir brièvement. Ses efforts pour se regrouper *a minima* afin de regarder l'autre

et interagir durent très peu de temps. Sans appui, les échanges ne durent jamais plus de deux secondes. En revanche, ce comportement montre l'intention relationnelle dont est munie cette petite fille. La maman dit que c'est habituel chez sa fille. Son discours est riche d'informations : elle dit de sa fille « *elle est un peu excitée, elle bouge beaucoup* », et elle l'interpelle « *pourquoi tu fais ça ? qu'est-ce que tu regardes ?* » lorsque la petite interrompt un bref échange entre elles en dirigeant son regard vers l'arrière et le plafond. Ses propos indiquent qu'elle repère ces comportements, présents constamment depuis la naissance, et les identifie comme anormaux. La maman reste très persévérante pour maintenir des échanges avec sa fille malgré la brièveté et la pauvreté des réponses qu'elle obtient. Lorsque le contact oculaire est engagé, la maman parle à son bébé en essayant de maintenir son attention, et pose une main sur son ventre juste avant que sa petite n'interrompt l'échange, puis la caresse énergiquement ; comme si elle était habituée à perdre le contact de sa fille, et voulait le prolonger par les stimulations tactiles. Cela correspond à une attitude en *regulation up*. Lorsque grâce aux appuis du coussin d'allaitement (et de l'excitation par bisous sur le ventre), madame obtient des réponses plus riches avec sourires et vocalisations, son mamanais se fait lui aussi bien plus riche et attractif. Lorsque la petite fille a des mouvements répétitifs des mains (poings fermés, se tape contre la bouche, contre le crâne ou entre elles), madame dit « *tu fais le pompon* », habituée à voir ce signe chez sa fille, et tentant d'y mettre du sens. Cette motricité si particulière, pauvre et symétrique, attire moins efficacement l'adulte, suscite moins le désir de l'adulte. Là encore, ce sont les bases de ce qui sera plus tard le langage non-verbal, qui sont précocement entravées.

Aussi, à seulement 5 mois, cette petite fille est en recherche de verticalisation. Elle se hisse au pied d'une chaise, et a des mouvements de flexions répétitives des jambes pour faire de petits sauts, le corps soutenu par sa maman.

Lors des échanges avec exagération du mamanais de la part de la clinicienne, la petite, bien regroupée par le coussin d'allaitement, fixe plus facilement et plus longtemps le visage de son interlocutrice, mais toujours en s'intéressant davantage aux contrastes (lunettes de la clinicienne) qu'aux échanges de regards. Un reflux de lait provoque un désengagement de la relation, une importante désorganisation posturale.

Pendant la prise du biberon, la petite peut regarder sa maman. Elle tape de son poing son biberon de façon rythmique, mais avec une certaine tonicité. L'étape du change ne dure pas longtemps, car n'est pas source de riches échanges comme c'est le cas avec un enfant aux compétences relationnelles engageantes.

Cotation Olliac (grille 4 mois) :

1) le bébé cherche-t-il à vous regarder : a) spontanément ? *Non, 0 points* ; b) lorsque vous lui parlez (protoconversation) ? *Oui, 1 point*.

2) Le bébé cherche-t-il à se faire regarder par sa mère en vocalisant, en gigotant, tout en la regardant intensément : a) spontanément ? *Non, 0 points* ; Lorsqu'elle lui parle (protoconversation) ? *Oui, 2 points*.

Les questions 3 et 4 ne rapportent aucun point.

Total = 3 points, bébé à risque d'autisme.

Cette petite fille présente donc des signes d'alerte sensorimoteurs multiples et francs. Un bilan sensorimoteur et une thérapie parent-enfant de soutien au développement ont été très rapidement proposés. De plus, un traitement ostéopathique était conseillé pour soulager les tensions corporelles de la chaîne dorsale, et celles dues aux douleurs digestives.

5. Conclusion

Nous venons de décrire une cohorte de vingt-deux bébés de moins de dix mois, atteints de surdité congénitale. A partir de la passation de la grille Olliac et de l'observation de la motricité spontanée, trois profils de préoccupations neurodéveloppementales ont émergé : un profil rassurant, et deux profils montrant des signes inquiétants plus ou moins marqués. D'après l'étude de leurs dossiers médicaux, il semblerait (sans pouvoir le prouver à partir de ces mesures) que les affections syndromiques ou déficits associés, les antécédents familiaux, et les complications périnatales soient plus fréquents dans le profil le plus préoccupant.

6. Discussion

A notre connaissance, cette recherche pilote est la première à décrire une cohorte de bébés sourds congénitaux de moins de 10 mois. Sur un petit échantillon d'une population hautement hétérogène, nous constatons une prévalence importante de signes d'altération du neurodéveloppement. Une limite importante à cette recherche était le faible nombre de patients inclus dans cette cohorte, issue du dispositif de consultation conjointe. Le caractère trop restreint de l'échantillon ne permet pas de représenter la diversité des profils rencontrés dans la population des bébés sourds congénitaux, ni d'effectuer des comparaisons statistiques et des liens de corrélations.

Concernant l'utilisation de la grille Olliac pour la recherche, plusieurs remarques sont nécessaires : celle-ci a été validée en population générale (Olliac et al, 2017), et en population spécifique (Ouss et al, 2014). Elle ne se base pas sur la communication orale mais sur tous les comportements actifs du bébé pour "se faire regarder" ou "se faire bisouiller le petit pied" par l'examineur ou par son parent, capable de provoquer la joie chez ceux-ci. Elle est donc tout à fait utilisable pour la population des bébés sourds. Néanmoins, pour cette recherche, la grille Olliac a été cotée à partir des films issus de la consultation d'évaluation et non directement, comme elle l'est habituellement. Deuxièmement, les âges de passation de la grille Olliac sont définis dans l'article princeps comme tels : 4 mois +/- 29 jours pour la *grille 4 mois*, et 9 mois +/- 29 jours pour la *grille 9 mois*. Notre cohorte incluant des bébés entre ces deux âges, nous avons choisi de nous référer à une autre publication proposant l'utilisation de la *grille 4 mois* jusqu'à 8 mois (la seule différence entre les deux grilles étant le seuil de risque) (St-Georges et Crespin, 2019). Dans les cas des enfants ayant obtenu des scores intermédiaires à la grille Olliac, les signes posturaux et sensorimoteurs ont permis de préciser leur profil (cf. cas #14 et #15).

Ce travail a permis de décrire les aspects relationnels et posturomoteurs d'une petite cohorte de bébés sourds congénitaux, pour ouvrir la voie à de futures recherches de plus grandes ampleurs, utilisant des méthodes standardisées permettant des calculs statistiques pour tester notre hypothèse. Cette recherche souligne aussi l'importance des critères posturomoteurs dans l'estimation du risque neurodéveloppemental, en complément des aspects relationnels. Nous espérons donc que de futures études pourront intégrer ces aspects dans l'évaluation du risque neurodéveloppemental des bébés sourds, et apporter des connaissances supplémentaires sur le devenir de ces enfants en les suivant de façon prospective. Notre objectif ultime restant, bien entendu, de pouvoir mener une action thérapeutique et préventive auprès de ces enfants, pour favoriser leur développement global et leur qualité de vie.

7. Bibliographie

ABADIE, V., HAMIAUX, P., RAGOT, S., et al, 2020. « Should Autism Spectrum Disorder Be Considered Part of CHARGE Syndrome? A Cross-Sectional Study of 46 Patients ». *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 15(1) p. 136.

AKRICH, S., PARLATO-OLIVEIRA, E., FAVROT-MEUNIER, C., et al, 2023. « Analysis of Specific Risk Factors of Neurodevelopmental Disorder in Hearing-Impaired Infants under Ten Months of Age: “EnTNDre” an Opening Research Stemming from a Transdisciplinary Partnership », *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 166.

BULLINGER, A. 2007. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Érès.

BULLINGER, A. 2015. *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*. Érès.

CHILOSI, A. M., COMPARINI, A., SCUSA, M., et al, 2010. « Neurodevelopmental Disorders in Children with Severe to Profound Sensorineural Hearing Loss: A Clinical Study: Neurodevelopmental Disorders in Children with SNHL ». *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(9), p. 856-862.

DE CLERCK, A., et al, 2022. « Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ? » *Contraste*, 55(1), p. 201-225.

DETTMAN, S. J., et al, 2016. « Long-Term Communication Outcomes for Children Receiving Cochlear Implants Younger Than 12 Months: A Multicenter Study ». *Otology & Neurotology: Official Publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 37(2), p. 82-95.

DOUGLAS, P. S, 2019. « Pre-Emptive Intervention for Autism Spectrum Disorder: Theoretical Foundations and Clinical Translation ». *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 13.

FRIEDMANN, D. R., et al, 2020. « Cochlear Implantation in Children under 12 Months: Prevalence and Implications of “hidden” Disabilities ». *Cochlear Implants International*, 21(6), p. 307-312.

LEEZENBAUM, N. B., et IVERSON J. M., 2019. « Trajectories of Posture Development in Infants With and Without Familial Risk for Autism Spectrum Disorder ». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), p. 3257-3277.

LEV ENACAB, O ; SHER-CENSOR, E. ; EINSPIELER, C., et al. 2015. « The Quality of Spontaneous Movements of Preterm Infants: Associations with the Quality of Mother–Infant Interaction », *Infancy*, 20(6), p. 634–660.

LOH, A., SOMAN, T., BRIAN, J., et al, 2007. « Stereotyped Motor Behaviors Associated with Autism in High-Risk Infants: A Pilot Videotape Analysis of a Sibling Sample ». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), p. 25-36.

MEADOW-ORLANS, K. P. 2004. *The World of Deaf Infants : A Longitudinal Study*. Oxford University Press.

MURATORI, F., APICELLA, P., MURATORI, P., et MAESTRO, S., 2011. « Intersubjective Disruptions and Caregiver–Infant Interaction in Early Autistic Disorder ». *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), p. 408-417.

OLLIAC, B., CRESPIAN, G., LAZNIK, M.-C., et al, 2017. « Infant and Dyadic Assessment in Early Community-Based Screening for Autism Spectrum Disorder with the PREAUT Grid » édité par M. Botbol. *PLOS ONE* 12(12).

ORNOY, A., WEINSTEIN-FUDIM, L., et ERGAZ, Z., 2016. « Genetic Syndromes, Maternal Diseases and Antenatal Factors Associated with Autism Spectrum Disorders (ASD) ». *Frontiers in Neuroscience*, 10.

OUSS-RYNGAERT, L., ALVAREZ, L., et BOISSEL, A. 2012. « Autisme et prématurité : état des lieux ». *Archives de Pédiatrie*, 19(9) p. 970-975.

PURPURA, G., et al, 2017. « Bilateral Patterns of Repetitive Movements in 6- to 12-Month-Old Infants with Autism Spectrum Disorders ». *Frontiers in Psychology*, 8.

SAINT-GEORGES, C., et CRESPIAN, G. 2019. « Grille PRÉAUT (présentation actualisée à l'issue de la recherche). Scores et conduite à tenir dans le cadre de son utilisation pour le dépistage ». *Cahiers de PréAut*, 16(1), p. 65-74.

SAINT-GEORGES, C., MAHDHAOUI, A., CHETOUANI, M., et al, 2011. « Do Parents Recognize Autistic Deviant Behavior Long before Diagnosis? Taking into Account Interaction Using Computational Methods ». *PloS One*, 6(7).

TREVARTHEN, C., et DELAFIELD-BUTT, J., 2013. « Autism as a Developmental Disorder in Intentional Movement and Affective Engagement ». *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



État de la recherche

Enveloppes et pulsions dans la clinique infantile : analyse de la psychothérapie d'un bébé sourd

Envelopes and drives in the infantile clinic: Analysis of the psychotherapy of a deaf baby

A. de Clerck^{a,*}, M. Fernandes-Veloso^b, C. Favrot-Meunier^c, E. Parlato-Oliveira^d

^a Université Paris cité, CAMSP Hovia, 192, rue Lecourbe, 75015 Paris, France

^b Université Paris cité, 7, jardin du Cardinal-de-Richelieu, 94220 Charenton-le-Pont, France

^c UTES, Ali, 64, rue de la Glacière, 75013 Paris, France

^d ALI, WAIMH, ICE, Paris, France



INFO ARTICLE

Mots clés :
Enveloppe
Pulsion
Infantile
Surdité
Sujet

Keywords:
Envelope
Drive
Infantile
Deaf
Subject

RÉSUMÉ

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychopathologie et psychanalyse portant sur l'étude de l'émergence du sujet chez le bébé sourd. Dans la clinique infantile, nous cherchons à articuler le champ psychanalytique des enveloppes avec celui de la théorie des pulsions. Nous nous appuyons sur l'analyse clinique de la psychothérapie psychanalytique d'un bébé de 15 mois, né avec une prématurité extrême, sourd sévère avec des troubles associés. Les séances de cette psychothérapie ont été filmées par un cothérapeute. Notre travail s'appuie sur un travail de microanalyse de ces films mis en lien avec les apports théoriques. Nous constatons l'intrication du bouclage du circuit pulsionnel avec la constitution des enveloppes, qui constitue un levier thérapeutique pour ce bébé. Cette réflexion menée au croisement de deux lectures psychanalytiques nous permet de revenir aux concepts psychanalytiques freudiens tels qu'ils éclairent la question de l'émergence du sujet.

© 2023 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

This article is part of a doctoral thesis in psychopathology and psychoanalysis that deals with the study of the emergence of the subject in deaf babies. In clinical practice with infants, we seek to articulate the psychoanalytical field of envelopes with that of the theory of drives. We present a clinical analysis of the psychoanalytical psychotherapy of a 15-month-old baby, born with extreme prematurity, deafness, and associated disorders. The sessions of this psychotherapy were filmed by a co-therapist. This article is based on the micro-analysis of these films, and on the tension created between our different theoretical references. We note the entanglement of the looping of the drive circuit with the constitution of the envelopes, and demonstrate how the envelope comes to constitute a therapeutic lever for this baby. This reflection, carried out at the crossroads of two psychoanalytic approaches, allows us to return to Freudian psychoanalytic concepts that shed light on the question of the emergence of the subject.

© 2023 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : a.declerck@hovia.org (A. de Clerck), Marco.fernandesveloso3@gmail.com (M. Fernandes-Veloso), favrotmeunier.claire@gmail.com (C. Favrot-Meunier), eparlato@hotmail.com (E. Parlato-Oliveira).

Introduction

Dans cet article nous allons proposer de penser l'intrication de la constitution des enveloppes et de la pulsionnalité du bébé, dans le processus de subjectivation.

À partir de la présentation clinique de la psychothérapie analytique d'un bébé sourd de 15 mois avec difficultés associées nous illustrons comment le bouclage du circuit pulsionnel participe de la constitution des enveloppes psychiques et des premières expériences de contenance.

Cet enfant, par son « *trait* », nous a amené à déplier les référentiels théoriques des enveloppes, dans la clinique du bébé, dans la lignée des travaux d'Anzieu (1995), Houzel (2010) et Haag (2002, 2018). Nous mettrons cette lecture en perspective avec la conception de Laznik (1993, 2013), et de Couvert (2018) sur la clinique pulsionnelle des bébés.

Nous verrons comment cette double lecture d'un même fait clinique, celui de la répercussion psychique d'un éprouvé corporel convoquant le Moi archaïque (ou primordial) et le travail de la symbolisation, permet d'articuler des éléments théoriques entre eux : le bouclage pulsionnel participe de la constitution des enveloppes psychiques, en retour la réparation des enveloppes soutient l'élan pulsionnel, et enfin le mouvement pulsionnel est constitutif de l'enveloppe, tel un élan pris dans le corps. Nous déplierons ce processus de subjectivation à l'œuvre dans la psychothérapie.

Du côté théorique

Enveloppes et contenance dans la clinique du bébé

Le Moi-Peau et l'enveloppe psychique

Les travaux princeps d'Anzieu sur le Moi-Peau font référence à l'aspect corporo-psychique des premières enveloppes. Son concept se rapproche de celui de la peau psychique proposée par Bick (1968). Anzieu (1995) conçoit le Moi-Peau comme « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (p. 61). Il s'agit d'une notion frontière qui trouve ses racines dans l'éprouvé corporel et permet l'étayage des expériences psychiques subjectivantes. Le moi s'étaye tout d'abord sur un moi-corporel, permettant d'établir une communication entre les stimuli externes perçus et les sensations, les significations reçues impliquant une surface distinguant une face externe et une face interne.

Anzieu théoriserait les multiples fonctions du Moi-Peau, notamment celle de contenance, de protection, et de communication. Pour lui la peau peut remplir cette fonction au même titre que la bouche, par la communication multimodale du bébé.

La coexistence de ces fonctions de la peau suppose la double possibilité de bloquer et filtrer les échanges avec l'extérieur. C'est pourquoi la constitution d'un Moi-Peau est une condition nécessaire à la secondarisation du narcissisme (contact signifiant) et du masochisme (contact excitant), deux qualités déterminantes dans le rapport à l'autre. On comprend alors en quoi le peau-à-peau et les soins primaires prodigués au bébé constituent les premières modalités de communication qui lient le sujet à son environnement. Le toucher, domaine sensoriel de la régression, ramène le sujet à ses premiers échanges avec le monde hors de lui.

Nous trouvons un écho récent dans les travaux de Couvert (2018) sur la pulsion tactile, où le bébé éprouve la relation par ses retours sensoriels, comme nous verrons par la suite. Il y aurait un lien très étroit entre ce Moi précoce et les expériences que la peau lui retransmet. Pendant un temps, la substance qui constitue le Moi semble se résumer à l'éprouvé sensoriel. Le rôle du Moi-Peau dans

l'éprouvé de l'expérience subjective éclaire ainsi la position active du bébé dans la relation à l'autre.

Le Moi-Peau assure une multitude de fonctions : il soutient le psychisme (*holding*), pour permettre l'intériorisation des stimuli externes reçu par le champ tactile, faisant intervenir l'intersensorialité ; il occupe une fonction contenant, en prenant alors la peau comme un sac et assurant le *handling*. Il est également un pare-excitation, telle la couche épidermique qui protège le derme. Le Moi-Peau construit progressivement la fonction d'individuation du Soi, il a donc une dimension libidinale qui prépare l'auto-érotisme en soutenant l'excitation sexuelle, et la fonction de recharge libidinale, maintenant la tension interne en contenant le matériel intériorisé. Le Moi-Peau est le lieu d'inscription des traces sensorielles, en tant qu'interface des premières expériences avec l'autre, objet tout d'abord différencié, intériorisé. On devine par conséquent le potentiel traumatique de l'effraction de cette peau. Cette enveloppe, physiologique et psychique, ne remplit plus son rôle de délimitation entre l'intérieur et l'extérieur (Houzel, 2010), engendrant le risque d'une porosité fragilisant les mécanismes de subjectivation.

Le Moi-corporel : enveloppe et contenance

Pour Haag le concept d'enveloppe regroupe la peau et la contenance, formant un double feuillet. Elle se réfère à Anzieu à propos des enveloppes sensorielles partielles (sonore, visuelle, olfactive) qui doivent pouvoir se réunir, se rassembler dans l'interpénétration des regards, pour constituer une entourage solide avec un noyau d'attache central (Haag, 2007).

C'est dans la rythmicité relationnelle du bébé et de sa mère que le sonore¹ et le tactile se tissent, en simultanéité avec le regard. Le tissage des rythmicités sonores avec le tactile du dos s'apparente à une trame pour constituer l'enveloppe psychique. L'échange des regards, comme point d'attache, permet d'intérioriser l'objet d'arrière-plan.

Pour Bullinger (2015), la face externe de l'enveloppe corporelle prend appui sur les éprouvés sensoriels, tandis que la face interne se constitue par les variations de tonus musculaire. La comodalisation sensorielle (Golse, 2015), que l'on rapproche du croisement des registres pulsionnels (Couvert, 2018) est nécessaire à la constitution des premières enveloppes.

L'interpénétration des regards, sera plus ou moins supportable, selon le type de regard mais aussi la qualité des enveloppes et de l'arrière-plan. Dans le schéma de contenance (Haag, 2015) établi à partir du dessin d'un patient, Haag figure, sous forme de fleur, la façon dont les rythmiques relationnelles constituées d'envois et de rebonds forment des boucles relationnelles successives, qui s'entrecroisent, pour constituer le noyau et l'enveloppe. Ainsi, l'enfant introjecte de la contenance et se constitue une entourage, suivant une structure radiaire (Haag, 2002, 2018).

Ainsi se crée un espace d'intersubjectivité, dans lequel les rythmicités relationnelles sont intériorisées, par les mécanismes d'identifications intracorporelles, au moment de l'introjection de contenance.

Pulsion et enveloppes dans la clinique du bébé

Le bouclage du circuit pulsionnel

Ce processus de subjectivation s'origine dans la pulsion, « concept-frontière entre le psychique et le somatique » théorisée par Freud (1915, p. 66) et relu par Lacan (1954). La pulsion se caractérise par sa poussée, sa source, son objet, et son but, suivant un parcours en trois temps : actif, réflexif, et passif. Lacan met en

¹ Pour le bébé sourd ce tissage se fait par d'autres co-modalisation sensorielles. Clerck, de A., Favrot-Meunier, C., Parlato-Oliveira, E. (en presse) Les défis du bébé sourd. *Contraste*, 58.

évidence que ce troisième temps est éminemment actif, car le bébé se fait l'objet du plaisir de l'autre. La pulsionnalité du bébé se décline en différents registres (oral, invocant, scopique, tactile) qui prennent source dans le vécu de plaisir corporel dans les premiers liens avec son prochain secourable. Par le bouclage du 3^e temps du circuit pulsionnel, le bébé s'offre à l'autre. L'intrication des registres pulsionnels, crochétée à la jouissance de l'autre, permet l'émergence d'un sujet désirant (temps de l'aliénation du sujet au champ de l'Autre).

Laznik (1993) s'inscrit dans la relecture lacanienne, et pose l'hypothèse d'un ratage au troisième temps du bouclage du circuit pulsionnel dans la clinique des bébés à devenir autistiques. Ce sont les fondements théoriques de la grille Olliac et al. (2017) qui permet de repérer à 4 mois et 9 mois la capacité du bébé d'initier un échange pulsionnel avec l'autre. Elle propose un dispositif psychothérapeutique permettant une « réanimation psychique », en ré-injectant du pulsionnel au cœur des échanges du bébé avec sa mère (Laznik, 2013).

Le rôle de la pulsion dans la constitution des enveloppes

Haag (2018) souligne le rôle de la pulsion dans l'interpénétration des regards : l'« élation » est un élan vers l'autre qui vient par « surgissement sous l'effet combiné de la pulsion et de l'attraction par l'objet » (p. 108). Elle rejoint Houzel (2010) pour qui la dimension contenantante des enveloppes psychiques est liée à la force d'attraction du mamelon/sein qui vient contenir les pulsions orales du bébé en leur donnant une forme stable. Les enveloppes psychiques apparaissent comme un processus dynamique, qui part des mouvements pulsionnels internes du bébé, et résulte de l'intériorisation des fonctions contenantantes de l'objet (Ciccione, 2001). Par cet élan vers l'autre, qui permet l'établissement de boucles relationnelles, s'introjecte de la contenance, par des processus d'identifications intracorporelles. Ces processus identificatoires permettent la formation des deux feuillets de la peau-contenance, et la constitution de l'espace intersubjectif.

La pulsion tactile

Couvert (2018) souscrit à l'hypothèse du ratage pulsionnel. Elle décline avec méthode le montage et la mise en circuit de la pulsion, selon chacun des différents champs pulsionnels que sont l'oralité, la spécularité, l'invocation. Elle théorise le champ du tactile, se rapprochant encore au plus près du sensitif éprouvé sur la peau, et décrit comment le bouclage pulsionnel institue le corps du bébé en tant que « source » et en tant que « bord » pouvant à la fois maintenir et contenir l'élan pulsionnel.

Pour Mellier (2014) la « libidinalisation [du] corps lui donne une consistance, ce « corps érogène », issu d'un narcissisme qui est passé par l'objet, constitue une « peau », un sentiment d'être à la fois uni et séparé de l'autre ». Il formule que « les enjeux pulsionnels sculptent les enveloppes [en inscrivant] la géographie des zones érogènes du bébé dans son corps et en relation avec l'autre » (p. 43-44).

Récemment Bentata (2022) théorise la pulsion de portage en se référant à la pensée de Haag et d'Anzieu. Le giron est coconstruit, façonné par les expériences de corps à corps, qui sera en retour introjecté par l'enfant en tant qu'objet.

Cette lecture nous permet de mettre en lumière la part active du bébé dans sa constitution subjective, et s'exprimant dans sa singularité, en tant que sujet (Parlato-Oliveira, 2022). Dans cette psychothérapie, il s'agira de se mettre en résonance (Lheureux-Davidse, 2003) afin qu'entre les boucles pulsionnelles et relationnelles puisse se tisser, point après point, la réparation des enveloppes.

Du côté de la clinique

Seydou est un jeune garçon né prématurément d'une grossesse gémellaire (obtenue par FIV). Il est originaire du Sénégal. Ses

parents, vivant à Dakar, ont eu plusieurs tentatives infructueuses pour avoir un enfant (dont un bébé prématurissime décédé). Ils ont prévu d'aller accoucher aux États-Unis où ils ont de la famille. En transit en France, la maman est adressée en urgence en maternité (niveau III) pour une menace d'accouchement prématuré. Les bébés naissent avec une prématurité extrême, à 25 semaines. Seydou pèse 590 g. Sa sœur jumelle ne survivra pas. La survie de Seydou nécessite une intervention chirurgicale aux conséquences lourdes, engageant des choix éthiques importants, étant donné le contexte extrême de naissance de ces bébés sur le sol français, sans projet de vie ici pour la famille. L'opération est réalisée, avec succès. Il nécessite une aide respiratoire pendant toute sa première année de vie, et sera nourri plusieurs semaines par sonde. Il gardera des séquelles neuromotrices et neurosensorielles (surdité sévère).

Son papa doit repartir travailler à Dakar. Les premiers mois, il vient ponctuellement en France auprès de sa femme et de son fils, avant que le contexte pandémique n'empêche totalement ses visites. À la sortie de l'hôpital, Seydou reste suivi en HAD pendant de longs mois. Sa mère et lui seront hébergés par des amis de la famille, à Paris. Ils restent tous deux ainsi isolés loin de leur pays et de leur famille pendant une année, avant de rentrer au Sénégal juste avant son second anniversaire.

Seydou a bénéficié d'une psychothérapie et d'un suivi pluridisciplinaire au CAMSP pendant cette année, en partenariat avec un CMP spécialisé pour enfants sourds (UTES). Le dispositif de la psychothérapie d'approche psychanalytique est orienté selon l'approche de Laznik. Il s'organise autour d'un temps clé de la vie du bébé (repas et jeux), et vise à soutenir la dimension pulsionnelle de la relation, et les initiatives relationnelles du bébé.

Seydou et sa maman seront d'abord vu en visio², puis à domicile en suivi conjoint avec le CMP UTES, puis au CAMSP, deux fois par semaine pendant 4 mois : l'une des séances se déroule librement au tapis, autour des contenus de jeu amenés par Seydou, et des échanges avec sa maman. L'autre séance s'organise autour d'un repas. Les séances ont lieu au CAMSP, et sont filmées par un cothérapeute.

Les films réalisés sont un outil précieux dans ce type de suivi. Ils permettent de garder une trace des séances, afin de suivre l'évolution du bébé. Ils sont un support à l'élaboration lors des supervisions par une analyse fine et rigoureuse des extraits cliniques. Ils offrent un matériau tangible et fertile pour la recherche en psychanalyse.

L'enveloppe comme « trait »

La notion d'enveloppe a été tirée du premier signifiant repris par Seydou, en LSF, au cours de la thérapie : « Fermé ».

Seydou investit une maisonnette jouet de marque Tolo. Cubique, coiffée d'un toit rouge, deux de ses côtés sont des battants symétriques qui, en s'écartant, ouvrent la maison en deux. Sur la façade opposée, une petite porte d'entrée peut aussi s'ouvrir et se fermer. Des fenêtres ajourées offrent également des ouvertures à cette maison. Seydou lui accordera une place symbolique très forte qui lui permettra de raconter l'effraction des enveloppes, et la recherche de contenance, et de se constituer une image du corps lui permettant de s'ouvrir au plaisir et à la relation.

Extrait issu de la seconde séance au CAMSP :

« Nous jouons à la dînette. Seydou fait semblant de touiller et de porter à la bouche. Je propose qu'il me fasse goûter, puis à sa maman. Nous imaginons que nous buvons un délicieux thé à la

² Seydou est arrivé au CAMSP juste au début de la pandémie de Covid-19, ce qui a conditionné les cadres thérapeutiques proposés.

menthe, boisson que sa maman aime particulièrement. Nous jouons à savourer ensemble ce bon thé à la menthe.

À ce moment, le téléphone de la maman sonne : c'est le papa. Seydou s'écarte et tourne le dos. J'échange un instant avec le papa au téléphone pour l'inviter à rester en séance en visio un petit moment, et partager avec nous ce succulent thé, mais il ne peut pas. Il espère prochainement un visa pour pouvoir venir en France. Durant ce temps, Seydou s'est écarté du téléphone en tournant le dos. Il s'éloigne et joue avec la maison Tolo qu'il ouvre et referme de manière répétée.

Je m'assieds près de lui, et je mime avec les figurines le papa qui va venir en avion et retrouver son bébé. Seydou continue son jeu mécanique, sans me regarder.

Je commente : « ouvert » « fermé » à l'oral accompagné des signes de la LSF³, suivant le rythme de ses manipulations. J'interroge la maman sur l'intérêt particulier de Seydou pour les portes, ce qu'elle me confirme.

Je reste près de lui et joue à passer la main d'un côté à l'autre de la maison : je fais toc-toc, avant de passer la main par la porte. Cela l'amuse. Il joue à refermer soit alors que je mets ma main, soit quand ma main est retirée. Au bout d'un moment, il me regarde.

Je propose une interprétation autour de ce qui « s'est ouvert trop tôt » pour Seydou. Il lâche le jeu de la maison Tolo, et revient vers la dinette.

À la séance suivante, Seydou reprend le signe LSF « fermé ». »

Ce premier signifiant, par son opposition lexicale avec le signifiant « ouvert », introduit d'emblée l'idée d'une contenance, qui s'inscrit dans le corps propre de Seydou (la bouche, le nez, les orifices, la peau...) à maintes reprises effracté par les soins médicaux très intenses indispensables à sa survie. Il peut aussi bien renvoyer au corps de la mère, à la cavité utérine dont il est sorti bien trop tôt. L'appel du père semble ici raviver une plaie encore ouverte, liée au traumatique de la perte immense à laquelle ils sont tous les trois confrontés, dont Seydou cherche ici à se protéger.

L'interprétation lui permet une ouverture, du côté du plaisir oral, car Seydou peut ensuite cesser le jeu répétitif et s'intéresser de nouveau à la dinette.

Par ce signifiant « fermé », on peut s'interroger sur le signifié auquel il renvoie pour Seydou : À quoi se ferme-t-il ? Que lui faut-il fermer ou refermer ? Quelle « béance » combler ? (Lheureux-Davidse, 2003).

Nous l'entendons comme le « trait » que Seydou vient poser ici, une marque propre, une trace de sa singularité, dans la thérapie, tel que le propose Couvert (2018). Un signifiant venu s'imprimer sur la peau.

Le ratage du premier temps de la pulsion orale et la fermeture des lèvres

À domicile nous avons pu assister à des moments de repas. Ceux-ci se passent de manière expéditive et opératoire. Seydou s'agite, se détourne sur les côtés, et ne regarde pas sa mère. Sa maman, très soucieuse de son poids, emplit de grandes cuillères qu'elle enfourne dans la bouche que Seydou entrouvre. Celui-ci pince légèrement les lèvres au moment de l'entrée de la cuiller, et contrôle ainsi la quantité de purée ingérée. Il garde ensuite la nourriture dans les joues, et sur le devant de la bouche, mobilisant très peu la gorge.

Sur le plan des enveloppes, ces scènes nous font penser à ce qu'écrivait Haag sur les premières expériences de tétées « yeux dans les yeux/mamelon dans la bouche » venant constituer une première forme de sphère contenance. On peut se demander comment se

sont passées les premières expériences autour de l'oralité, dans ce contexte de prématurité extrême, et dans quelle mesure elles sont venues marquer les premières représentations de contenance.

Sa maman nous racontera à la séance suivante son souvenir des expériences de nourrissage en néonatalogie. Seydou a été nourri par sonde gastrique pendant 5 mois. Celle-ci passait par sa bouche, car il avait aussi un apport d'oxygène nasal. Il ne supportait pas la sonde et passait son temps à l'arracher, nous livre-t-elle. Elle a tiré son lait pendant 8 mois, tout le temps qu'a duré l'hospitalisation. Elle avait de grandes quantités de lait, qu'elle donnait en grande partie au lactarium, ce qui lui permettait de témoigner sa reconnaissance envers les soins prodigués à son fils, et soulageait ainsi un lourd vécu de dette vis-à-vis du système hospitalier français.

Suivant la lecture de Couvert (2018) on suppose un ratage au premier temps du circuit pulsionnel dans le champ de l'oralité dans l'histoire de Seydou : « Bon nombre de fermeture de lèvres sont dues uniquement au fait qu'on ne prend pas le temps d'attendre que le bébé soit disposé à les ouvrir » (p. 67). La fermeture des lèvres témoigne de la part subjective, active de Seydou pour résister, d'une part, à un vécu traumatique d'intrusivité par les soins médicaux, d'autre part, aussi de sa sensibilité à l'inquiétude maternelle qui porte un lourd poids : celui de deuil de la petite jumelle, celui qui conditionne la survie de son bébé dans ce contexte de prématurité extrême, associé à celui, symbolique, mais non moins pesant, de la dette morale.

Ce ratage dans les premières expériences orales de Seydou, présente une double répercussion, à la fois sur le plan de la constitution de la contenance de la bouche, et des enveloppes, et sur le plan de son appétence pulsionnelle.

« Hum...miam » ... « c'est bon ! »

Seydou ouvre progressivement la bouche lors des séances de repas qui suivent. Nous prenons soin de son installation et nous encourageons sa maman à présenter des portions plus réduites des savoureux petits plats « maison » qu'elle cuisine. Nous soutenons une rythmicité plus ajustée dans ce moment de repas, que l'on ponctue d'éloges sur les talents de cuisinière de maman. Nous nous régalons tous trois du spectacle de Seydou qui trône dans sa chaise haute, et prend le temps d'apprécier les saveurs épicées des mafés sénégalais.

Il nous invite à partager son plaisir, qu'il exprime par un petit gémissement, tout en plaquant la paume de sa main sur ses lèvres. Peu à peu, l'expression de ce plaisir partagé se ponctue d'un « Hum...miam » vocalisé et accompagné d'une gestuelle « à l'italienne » (les doigts rassemblés embrassent les lèvres, puis la main s'ouvre en s'écartant du visage, tandis que la bouche s'ouvre dans le claquement d'un bruit de baiser suivi d'un soupir de plaisir) auquel nous répondons toujours en écho « c'est bon ! ».

Dans cette gestuelle de la main sur la bouche sont impliqués les registres tactile, oral et scopique, mais également invocant. Le « hum...miam... c'est bon ! » apparaît comme un point de nouage des champs pulsionnels permettant l'inscription du pulsionnel. Seydou va répéter cette expression de partage de plaisir de très nombreuses fois, en élargissant peu à peu les contextes dans lesquels il l'utilise. Jouer à se dire combien « c'est bon ! » vient se mettre au cœur de nos échanges. Ainsi, le signifiant « fermé » vient trouver son contraire dans une ouverture active au plaisir.

Seydou symbolise la recherche des enveloppes

L'analyse des films de séances nous a permis de constater la richesse des capacités symboliques de Seydou. Voici un extrait de séance qui a particulièrement retenu notre attention.

« Seydou est assis au sol, il joue à faire entrer les personnages dans la maison Tolo. Sa maman est installée sur une chaise, dans

³ Langue des signes française.

son dos, tandis que je suis au sol, auprès de lui. Le cothérapeute qui filme se trouve face à lui, en retrait, pour cadrer l'ensemble de la scène.

Seydou place le personnage « bébé » dans la maison. Il tient les deux côtés de la maison, puis l'incline en lui imprimant un mouvement de gauche à droite, ce qui a pour effet de faire glisser le bébé par la porte entrebâillée. Seydou lâche un « oh ! » de surprise, puis se saisit du personnage « papa ». Il le tient un moment d'une main, puis de l'autre, avant de le replacer dans la maison. Je recueille le bébé, et joue le bébé qui appelle papa, puis je viens placer à mon tour le bébé dans la maison. Seydou s'éloigne un peu à quatre pattes, puis se met à aller à reculons en direction de la maisonnette. On voit très nettement qu'il tente lui-même d'entrer à reculons dans la petite maison Tolo (sans y parvenir dans la réalité). Il poursuit son mouvement de recul dans ma direction, jusqu'à venir se trouver un bref moment dans mon giron.

Il s'en dégage aussitôt, et poursuit son déplacement vers le bord du tapis, qu'il soulève. Puis il se tourne et recule doucement en direction de la chaise sur laquelle est assise sa maman, sous laquelle il se faufile. Dans ce mouvement, il regarde le cothérapeute, tandis que son dos frôle le pan de la veste de sa maman, qui dépasse de la chaise. Une fois blotti sous la chaise, il s'arrête un petit moment et me regarde. Puis il repart à quatre pattes en avant, ressort entre les jambes de sa maman, sur lesquelles il s'appuie pour se mettre debout puis tend les bras vers elle pour être pris dans les bras. J'encourage sa maman à percevoir sa demande, et à le prendre dans ses bras, puis je l'invite à venir s'installer avec lui au tapis. »

Nous nous émerveillons des capacités de Seydou à mettre en narrativité l'histoire d'une naissance soudaine suivie d'une recherche d'enveloppe et de contenance. On peut constater son mouvement, ce qu'il initie et vient demander activement dans cette quête de contact. Il semble que le contact qu'il vient trouver sous la chaise lui permet d'organiser un regard vers l'autre, qu'il adresse au cothérapeute, puis à la thérapeute. Il y a là une forme d'adresse à l'autre, à entendre ce qu'il vient ici raconter de sa souffrance, dans cette mise en scène. Ce regard semble s'organiser dans un double appui, trouvé dans le contact tactile avec le manteau de sa mère, et dans la contenance de l'enveloppe spéculaire/scopique proposée par le regard et la caméra du cothérapeute.

Scène du caca et du change : enveloppes, plaisir et narcissisme

Une autre séance qui nous a tout particulièrement intéressés s'est déroulée quelques semaines plus tard.

« Après un moment de repas écourté car Seydou n'avait pas faim, sa maman le descend de la chaise haute et le met debout au sol. Seydou se dirige de manière précipitée et chute en passant sur le tapis, devant le miroir. Il poursuit à quatre pattes et prend appui de la main sur le miroir (en y jetant un bref coup d'œil) pour se redresser, puis se réfugie dans le recoin de la salle, sur le côté de l'armoire. Il s'installe dans ce petit coin, et nous regarde. Sa maman m'indique qu'il commence à jouer à cache-cache à la maison. Je me tiens alors derrière l'autre flanc de l'armoire, et me penche pour cacher le haut de mon corps. Il tend la main vers moi, et vient me trouver dans un mouvement de complicité et de jubilation. Il retourne se cacher dans le recoin, son regard va vers moi, puis vers sa maman, puis vers le cothérapeute. La maman participe à ce jeu en cachant son visage derrière ses mains. Soudain Seydou devient immobile, son corps se tend, on voit qu'il est en train de faire caca dans sa couche. Pendant ce temps, il met la main sur sa couche et

promène son regard vers nous trois. Puis quand il a fini, il jaillit hors de son recoin, se précipite vers des jouets au sol, les jette derrière lui. Il a aussi un reflux, et saisit au vol le personnage "papa" Tolo, dans un geste d'agrippement. Il erre un moment, se dirigeant furtivement vers le cothérapeute, puis vers moi, et enfin vers sa maman, puis lâche le jouet papa. »

On voit que Seydou n'est pas solide dans son redressement quand il se déplace dans la salle après le repas, et qu'il chute devant le miroir. Il ne trouve pas appui dans son reflet pour se rassurer et se redresser. L'espace du recoin, et le jeu de cache-cache, qui lui permet de jouer avec nos regards lui offre une contenance scopique plus soutenante.

On voit qu'il symbolise quelque chose de l'introjection quand il se saisit de la figurine du papa qui fait penser au concept de l'*Ausstossung* de Freud (2017). Alors que Seydou, par une première symbolisation primaire, jette les objets (« *Ausstossung aus dem ich* »), il introjecte l'objet étayant « Papa ». Il y a là un acte psychique de dedans et de dehors qui évoque les mécanismes d'expulsion-réintrojection et de symbolisation décrits historiquement par Klein (1930) pour le cas Dick.

Les moments de change qui avaient été observés à domicile quelques mois plus tôt nous avaient paru aussi expéditifs que les temps de repas, Seydou se tournant de tous côtés tandis que sa maman opérait le changement de couche le plus rapidement possible. La maman nous avait expliqué que Seydou ne supportait pas d'être installé sur les plans à langer, par association aux auscultations médicales à l'hôpital.

À partir de la pensée de Haag, on peut dire que les éprouvés sensoriels et relationnels autour du vécu néonatal ont imprimé une trace traumatique dans le tactile du dos, fragilisant la constitution de l'enveloppe et de l'arrière-plan.

Le corps des bébés prématurés, soumis à de lourdes hospitalisations, est difficilement investi du côté du plaisir. Couvert (2018) nous dit qu'il s'agit pour ces enfants de « parer à une déssexualisation, ou une non sexualisation » du bébé. Selon elle, il y a une « part pulsionnelle à prélever chez le bébé », qu'il est nécessaire de « la supposer pour pouvoir la faire émerger ».

Revenons à notre séance.

« La maman a installé rapidement un espace de change sur le tapis. Elle prend Seydou et l'allonge pour le changer. Le cothérapeute se tient en retrait, un peu derrière la maman, et cadre l'ensemble de la scène. Seydou s'agrippe à la lanière du sac à langer, puis à son pantalon que sa maman a laissé au bout de ses pieds. Il presse ses doigts sur sa couche, au moment où sa maman la retire et se trouve avec la main sur son zizi. Sa maman lui retire et le nettoie. Je dis à Seydou à l'oral et en LSF qu'il a fait un beau caca. Seydou s'agrippe à la lanière du sac à langer et vocalise « bopapa ». Sa maman répond « bonjour papa ». Seydou libère totalement ses pieds de son pantalon. Il se retourne aussitôt sur le ventre. Sa maman le remet sur le dos. Il touche son zizi pendant que sa maman continue de le nettoyer. Je lui parle et le complimente. Il me regarde un instant, reprend la lanière du sac et vocalise « papapapapa ». Il attrape son pied, puis son zizi, pousse un petit cri de surprise en trouvant le regard du cothérapeute. Il se détend, allonge ses jambes. La maman m'explique que Seydou aime beaucoup être sans couche. Seydou plonge alors son regard dans celui du cothérapeute en lui adressant le signe de « Hum miam...c'est bon ! ». Le cothérapeute lui répond, et s'ensuit un long échange entre eux, Seydou exprimant et adressant son plaisir avec une intensité grandissante. Sa maman termine de remettre sa couche, puis de fermer le body. Seydou se tourne et se redresse pour s'asseoir. Tournant la tête au-dessus de son épaule, il lance une nouvelle fois un regard complice vers le cothérapeute. »

L'intensité émotionnelle de cette scène la rend très enseignante. Sur le plan des enveloppes, on voit le mouvement qui s'opère entre les éprouvés sensoriels et l'expérience de contenance, qui soutiennent une possibilité d'élan pulsionnel.

Dans un premier temps, Seydou utilise un agrippement continu pour préserver une certaine contenance tout au long de ce moment (lanière du sac, pantalon, pied, sexe...). Le tactile du dos apparaît en tant que contenant psychique effracté par le vécu de prématurité et qui va se trouver soutenu par l'enveloppe scopique instaurée dans le dispositif thérapeutique. Puis les appuis du dos (arrière-fond) et du regard soutenant du cothérapeute qui le filme semblent lui permettre d'introjecter suffisamment de contenance pour supporter l'interpénétration des regards dans une expérience de partage de plaisir. Quelque chose ici se répare, qui soutient son élan pulsionnel qui vient ici s'adresser à l'autre permettant une relance des mécanismes projectifs et identificatoires. Le cothérapeute investi comme représentant paternel, tient un rôle prépondérant dans cette scène. Le regard complice que Seydou lui lance à la fin de la scène témoigne aussi de l'intériorisation comme une présence d'arrière-plan, unifiante et étayante.

Couvert insiste sur le croisement des différents registres pulsionnels pour permettre l'inscription du pulsionnel. Ici, les champs tactiles, scopiques et invocants se croisent et se nouent à différentes intersections du bouclage du circuit pulsionnel. La pulsion scopique est éminemment relationnelle, Seydou est doublement protégé car il regarde le cothérapeute qui le regarde lui-même à travers l'œil de la caméra. Il bénéficie de l'arrière-fond en étant couché au sol sur le dos, il a alors une enveloppe interne suffisamment solide pour projeter du pulsionnel à l'extérieur.

En poursuivant le bouclage du circuit pulsionnel, on saisit également l'enjeu narcissique de cette scène. Le regard et la caméra du cothérapeute viennent offrir un miroir auréolant à Seydou au premier temps de la pulsion scopique. Celui-ci pousse un cri de surprise en se voyant dans ce « miroir » au second temps autoérotique de la pulsion scopique. Il y trouve un appui narcissique plus structurant, qui le soutient pour accéder au troisième temps de la pulsion, en s'offrant au regard du cothérapeute. La pulsion invocante vient alors se tisser dans cette trame relationnelle, dans l'expression du plaisir « hum...miam... c'est bon ! ».

Après un éprouvé corporel complexe à vivre au moment de déféquer, ce temps de change vient restaurer Seydou dans un moment de plaisir et le conforte dans une place plus « intronisée » de « bon bébé ». Ainsi, le bouclage du circuit pulsionnel confère à la source, le corps libidinalisé, la structure/valeur de « bord », venant contenir mais aussi s'ouvrir au plaisir.

Comme dans le cas Dick (Klein, 1930), nous voyons comment la psychothérapie vient relancer les processus d'expulsion-réintrojection et les mécanismes de symbolisations. Lacan (Séminaire 1, Les écrits techniques, février 1954) en proposera une relecture soulignant l'importance du symbolique ouvrant le registre de l'imaginaire et l'image de soi unifiée (stade du miroir). Laznik (2016) fera l'hypothèse que c'est l'émerveillement dans la prosodie de Klein et la pulsion invocante qui opère en ré-insufflant du désir.

Conclusion

Cette réflexion menée à l'entrecroisement des deux courants psychanalytiques nous mène aux origines de la pulsion dans la conception freudienne, point d'appui pour séparer « un à l'extérieur d'un à l'intérieur » (Couvert, 2018, p. 18). On retrouve donc la notion d'intérieur du corps depuis lequel l'élan moteur part pour parvenir au psychisme. Il y a l'idée d'un corps qui vient se constituer en tant qu'enveloppe par l'élan et le bouclage pulsionnel en retour.

On voit l'élan pulsionnel de Seydou prendre source dans ses éprouvés corporels et venir chercher appui et rebond dans les enveloppes scopiques et invocantes dans le cadre de la psychothérapie. Dans ce circuit pulsionnel, la vibration de plaisir s'amplifie, trouvant écho d'un champ sensoriel à l'autre, soutenue et contenue entre deux feuillets qui entrent ici en résonance.

Lorsque Seydou arrache sa sonde, cela témoigne qu'il y a préalablement un dedans et un dehors, avec une enveloppe psychique interne traumatisée, mais qui est potentiellement réparable. L'enveloppe psychique possède des capacités d'auto-régénération qui peuvent être activées par des conduites de réparation, dans la psychothérapie.

Son trait, par ce signifiant « fermé », serait la pièce manquante pour refermer l'enveloppe interne, et que Seydou viendrait rechercher dans ses expériences pulsionnelles. Celles-ci permettent une relance des identifications intracorporelles, notamment paternelles.

La contenance et l'étayage se constituent d'un même mouvement pulsionnel. La réparation des enveloppes permet de supporter la relance et la conflictualité pulsionnelle inhérente aux processus archaïques ; les boucles ainsi constituées façonnent une contenance unifiante dans la constitution du narcissisme, qui permettent à un sujet désirant d'advenir.

Les deux lectures théoriques se répondent et s'articulent au fil de cette thérapie. Entre les boucles relationnelles et pulsionnelles se dessinent les contours de l'émergence du sujet, et des ébauches de structuration psychique. Elles nous éclairent sur les fondements du psychisme humain, ce qui vient le contenir et l'animer, le structurer et lui permettre de s'élancer.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement Seydou pour son précieux enseignement, ainsi que ses parents.

Références

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Malakoff: Dunod.
- Bentata, H. (2022). La pulsion de portage et son objet, le giron maternel : un fondement primaire de l'infans. In H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik (Eds.), *Le corps sensori-moteur du bébé à risque: avancées théoriques et pratiques* (pp. 270-283). Toulouse: Erès.
- Bick, E. (2007). L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces. (Capiaux, J. trans.). *Revue Belge de Psychanalyse*, 50. (Original work published 1968).
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur et ses avatars* (Tome 2). Erès.
- Clerck, d., Favrot-Meunier, C., & Parlato-Oliveira, E. (2023). Les défis du bébé sourd. In *Contrast Enfance et surdités* (58). (Article accepté pour publication).
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante. Modèles et pratiques. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 17, 81-102.
- Couvert, M. (2018). *La clinique pulsionnelle du bébé*. Toulouse: Erès.
- Freud, S. (2017). *La (dé)négaration. Texte intégral (1925)*. Paris: In Press (Francoual, H. ; Rassial, J.-J. Trans., Original work published 1925).
- Freud, S. (2018). *Pulsions et destins des pulsions*. Paris: Payot. (Original work published 1915) (O. Mannoni, Trans.).
- Golse, B. (2015). Sensorialité, enveloppes et signifiants primordiaux. In *La pensée* (2015) (pp. 65-80).
- Haag, G. (2002). L'acte création/représentation de formes dans le jeu de la transformation. *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 1779-1787.
- Haag, G. (2007). Les enveloppes corporelles-psychiques. In P. Delion (Ed.), *La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie*. Toulouse: Erès.
- Haag, G. (2018). *Le Moi-corporel, autisme et développement*. Paris: PUF.
- Haag, M. (2015). L'apport de la clinique de l'autisme à la problématique des troubles corporels dans le champ des addictions et des états limites. *Cliniques Méditerranéennes*, 91, 27-40.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Press Eds (2^e ed. rev. et aug.).
- Klein, M. (1930). *L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi*. Retrieved from https://psycha.ru/fr/klein/1930/formation_symbole.html
- Lacan, J. (1954). *Séminaire 1, les écrits techniques. Leçons du 17 et 24 février 1954*. Retrieved from <http://staferla.free.fr/S1/S11%20Ecrits%20techniques.pdf>

- Laznik, M.-L. (1993). Pour une théorie lacanienne de la pulsion. *Le discours psychanalytique*, 10, 221–239.
- Laznik, M. C. (2013). Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme. *Cahiers de PréAut*, 10, 23–78.
- Laznik, M. C. (2016). *Séminaire d'été. Jeudi 25 août.* Retrieved from <https://www.freud-lacan.com/getpagedocument/10194>
- Lheureux-Davidse, C. (2003). *L'autisme infantile et le bruit de la rencontre : contributions à une clinique des processus thérapeutiques*. Paris: L'Harmattan.
- Mellier, D. (2014). Le bébé et ses enveloppes psychiques. In S. Missonnier, P. Delion, & N. Presme (Eds.), *Recherche en périnatalité* (pp. 165–194). Paris: PUF.
- Olliac, B., Crespin, 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*, 16(6), e0198166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198166>
- Parlato-Oliveira, E. (2022). *Le bébé et ses savoirs*. Toulouse: Erès.

Les défis du bébé sourd

Aurélie de Clerck, Claire Favrot-Meunier, Erika Parlato-Oliveira

DANS **CONTRASTE** 2023/2 (N° 58), PAGES 105 À 125

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1254-7689

ISBN 9782749278186

DOI 10.3917/cont.058.0105

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2023-2-page-105.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les défis du bébé sourd

Aurélie de Clerck, Claire Favrot-Meunier,
Erika Parlato-Oliveira

Résumé

Les avancées de la recherche en psychologie du développement et en psychanalyse du bébé soulignent le rôle de l'intentionnalité du bébé pour créer des liens avec son environnement et accéder à l'intersubjectivité. Dans cet article, nous proposons une synthèse des travaux les plus récents concernant les premières interactions des bébés sourds, en éclairant leurs compétences et leurs défis singuliers à cette étape de leur vie psychique, illustrée par des vignettes cliniques.

Mots-clés

Bébé, surdité, intersubjectivité, pulsion, développement.

Aurélie de Clerck, psychologue clinicienne, doctorante en psychopathologie et psychanalyse (université Paris Cité), CAMSP HOVIA, 192 rue Lecourbe, 75015 Paris, a.declerck@hovia.org

Claire Favrot-Meunier, pédopsychiatre praticien hospitalier à l'UTES, psychanalyste à l'ALI, 64 rue de la Glacière, 75013 Paris, favrotmeunier.clair@gmail.com

Erika Parlato-Oliveira, psychanalyste, membre de l'ALI, directrice de thèse à l'université Paris Cité, membre du CRPMS, membre du CA de la WAIMH, membre du CA de La cause des bébés, membre du conseil scientifique de l'ICE, eparlato@hotmail.com

Les interactions des bébés sourds avec leur environnement sont l'objet de l'attention des cliniciens et chercheurs passionnés par la compréhension de l'émergence du langage et de la subjectivité chez le petit d'homme depuis de longues années déjà (Maestas y Moores, 1980 ; Lepot-Froment et Clerebaut, 1996 ; Meadow-Orlans, Spencer et Koester, 2004). La littérature internationale est foisonnante d'études expérimentales et d'essais théorico-cliniques sur ce sujet, quels que soient les domaines d'expertise et les référentiels théoriques.

Depuis une dizaine d'années, la mise en place du dépistage de la surdité en maternité (2012¹) a profondément modifié le paysage clinique et le parcours de soins en surdité infantile (Smith et McCurray, 2018). Auparavant, il était rare de rencontrer des bébés sourds dès leurs premiers mois de vie, sans antécédent ni facteur de risque de surdité. Aussi, les évolutions dans les soins et traitements (technologies et indications d'implantation cochléaire) transforment la réalité perceptive des bébés sourds au cours de leur première année de vie. Actuellement en cas de surdité profonde, l'implantation cochléaire est envisagée dès le diagnostic et peut être réalisée entre 6 et 15 mois de vie (Truy et Loundon, 2018).

Par ailleurs, les avancées de la recherche en psychologie du développement nous enjoignent à considérer le bébé en tant que sujet, initiateur et compétent pour percevoir et créer des liens avec ce qui l'entoure (Trevarthen et Aitken, 2003 ; Parlato-Oliveira, 2022).

Ces évolutions nous invitent à renouveler notre questionnement et faire évoluer notre regard sur les enjeux de la construction psychique des bébés sourds.

Comment le bébé sourd articule-t-il sa sensorialité et sa pulsionnalité dans ses premiers liens ? Comment construit-il sa relation au monde et prend-il sa place en tant de sujet ? Quelle place la surdité vient-elle prendre dans sa construction psychique ?

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025794966>

Nous nous appuyerons d'une part sur les dernières avancées de la recherche en surdité infantile, et, d'autre part, sur la fécondité croisée de la psychologie du développement et de la psychanalyse du bébé pour éclairer ce thème.

Penchons-nous sur le berceau du bébé sourd et laissons-nous enseigner sa manière singulière d'entrer en relation avec le monde...

Intersubjectivité primaire

Giron, bercement et prosodie

Lors de sa venue au monde, la sensorialité du bébé est bouleversée par le passage d'un environnement liquide à aérien (ABSM², 2018). Le bébé utilise l'ensemble de son répertoire sensoriel pour aller à la rencontre de ce qui l'entoure : tous ses sens, proximaux (que sont l'odorat, le goût, le toucher), distaux (l'ouïe, la vue) ainsi que sa sensibilité interne (kinesthésique, proprioceptive, équilibre...) sont en éveil. La sensorialité imprègne totalement les premiers échanges du bébé avec son « prochain secourable », dans lesquels perceptions, sensations et émotions sont étroitement liées.

On imagine aisément que l'altération d'un de ces sens puisse affecter le développement du bébé et l'établissement de ses premiers liens.

Le bébé sourd va trouver une place dans le giron parental (qu'il soit entendant ou sourd) au creux duquel il se fera porter, bercer, toucher, caresser, regarder... Ses premiers moments de vie seront rythmés par ses besoins essentiels primaires et affectifs, auxquels ses parents répondront avec les sensations, émotions, affects et représentations inconscientes qui les traversent dans cette rencontre. L'expérience sensorielle et émotionnelle va soutenir l'établissement des premiers liens, des premières boucles pulsionnelles.

2. ABSM : Association des praticiens diplômés du bilan sensori-moteur André Bullinger.

La théorie psychanalytique des pulsions³ relue par Laznik (1993), fondement théorique de la grille OLLIAC-PRÉAUT⁴, a mis en lumière que l'appétence relationnelle du bébé, et son intérêt pour le plaisir de l'autre, vont être des indicateurs de sa constitution subjective différenciée et en relation à l'autre. Le bébé a la compétence pour susciter et provoquer le plaisir de l'autre, notamment de ses parents. Cette capacité innée l'inscrit d'emblée comme sujet dans le lien à d'autres sujets. La pulsionnalité du bébé se décline en différents registres (oral, invocant, scopique, tactile) qui prennent source dans le vécu de plaisir corporel dans les premiers liens. Les pulsions soutiennent le désir, « moteur du développement » du sujet (Couvert, 2018), à l'origine de ses processus identificatoires et de ses investissements objectaux, qui lui permettront de se sentir uni, différencié et en relation avec les autres. Ces fondations psychiques donneront suite aux étapes du développement psychoaffectif de l'enfant.

Parmi les champs pulsionnels, Bentata (2022) introduit la pulsion de portage, en mettant en lumière les dimensions corporelles et relationnelles de cette expérience fondatrice pour le bébé. Au carrefour de la

-
3. Le concept de pulsion a été découvert par Freud (1915), puis relu par Lacan (1973). La pulsion se définit selon quatre caractéristiques que sont : la poussée (force constante), le but (la satisfaction), l'objet (peut être l'autre ou une partie du corps, selon sa propension à atteindre le but), la source (le corps). Le circuit pulsionnel réalise un parcours en trois temps que l'on peut décliner ainsi, par exemple, dans le cas de pulsion orale : 1^{er} temps actif (le bébé tête) ; 2^e temps réflexif (le bébé suce son pouce) ; 3^e temps passivation active (se fait « manger » les petons). D'après la théorie des pulsions, la vie psychique s'organise selon le principe de plaisir corporel, et le bouclage de son circuit inscrit cette dynamique dans le lien à l'autre. D'emblée, le bébé cherche à susciter le plaisir de l'autre (par exemple : à se faire embrasser les petits petons, le ventre...). Par le bouclage du 3^e temps du circuit pulsionnel, en se faisant l'objet du plaisir de l'autre, le bébé s'inscrit comme sujet désirant lié à l'autre.
 4. La grille OLLIAC-PRÉAUT (2017) permet de repérer à 4 et 9 mois la capacité du bébé à rechercher activement la relation à l'autre. Une prise en soins peut être proposée selon un dispositif psychothérapeutique mis au point par M.-C. Laznik, permettant une « réanimation psychique ».

sensorialité, de la pulsionnalité et de l'émotion, l'expérience du giron est au premier temps de la rencontre du bébé avec ses parents.

De manière universelle, le bercement d'un bébé se fait préférentiellement à gauche (pour environ 80 % de la population). Depuis sa découverte dans les années 1970, ce biais de bercement (CLB⁵) a été étudié par plusieurs chercheurs qui se sont intéressés aux implications de cette tendance universelle sur le développement du petit d'homme (Sieratzki et Woll, 1996). Car, au-delà des raisons anatomiques (apaisement lié à la perception des battements du cœur) et physiologiques (latéralité manuelle), cela est en lien avec la latéralisation du cerveau et la prédominance de l'hémisphère cérébral droit dans le traitement émotionnel des signaux perçus par l'hémicorps gauche (Vauclair, 2022). Ainsi cette habitude de portage serait mutuellement bénéfique pour le bébé et la mère car elle favorise le partage émotionnel dans l'interaction et soutient le développement du cerveau social du bébé (Muratori, 2022).

L'émotion dans ces échanges est en lien avec la dimension pulsionnelle. Selon Laznik et ses collaborateurs (2005), la *surprise* et l'*émerveillement* sont la combinaison d'émotions qui déclenche la prosodie caractéristique de la parole adressée au bébé (mamanais), objet de la pulsion invocante⁶. Sieratzki et Woll (1996) soulignaient le lien entre la latéralisation de portage et la prosodie maternelle. Cette corrélation intéressante permet de soutenir l'hypothèse d'un lien entre l'expérience de portage et la mise en circulation de la pulsion. Une autre équipe de chercheurs (Turnbull et coll., 2001) avait pourtant remis en question cette conclusion, en retrouvant ce même biais de bercement dans la population sourde native de parents sourds : par l'absence de

-
5. Le Cradling Laterality Bias (CLB) a été initialement mis en évidence par Salk dans les années 1970, et est étudié récemment en lien avec le neurodéveloppement (Pileggi et coll., 2015 ; Malatesta et coll., 2020).
 6. La pulsion invocante renvoie à la fonction d'appel vers l'autre, à la capacité du bébé de s'adresser à l'autre, et à prendre une place d'interlocuteur dans des conversations. Le plaisir partagé et l'émotion dans ces échanges viennent moduler la prosodie de la parole adressée au bébé (mamanais).

corrélation entre le CLB et la possibilité d'une perception auditive des vocalisations parentales, ils concluent que le bercement n'a pas de lien avec la prosodie parentale.

Cependant, il y a une autre lecture, qui s'appuie sur une conception élargie, transmodale de la prosodie, qui intéresse le bébé sourd. En effet, l'émotion circule entre un bébé et son parent par des échanges sensoriels multiples : la prosodie se manifeste autant dans les modulations de la voix que dans l'expression corporelle (Trevvarthen et Aitken, 2003). C'est le cas notamment des mères sourdes, qui vocalisent avec leur bébé (Sieratzki et Woll, 2002) mais dont l'émotion se traduira surtout dans les expressions du visage et les gestes (*ibid.*). Par ailleurs, la prosodie du « mamanais » existe aussi bien en langue signée mais avec une structure différente. Elle se caractérise par un ralentissement du rythme, une amplification des gestes, une exagération des mimiques, et une orientation particulière dans l'espace lors des échanges avec leur jeune enfant sourd (Koester et Lahti-Harper, 2010 ; Limousin et Blondel, 2010).

Ainsi, le bébé sourd lové au creux des bras de ses parents va profiter d'échanges affectifs riches par le biais des caresses, du toucher, des échanges toniques, des mimiques et regards... Le rythme et les modulations de la voix seront ressentis de manière vibratoire contre la cage thoracique, et s'accorderont avec les expressions du visage, dans une co-modalité émotionnelle relationnelle. Il investira toute la palette sensorielle qui est la sienne pour déployer le bouclage du circuit pulsionnel.

C'est le cas de *Line*, âgée de 7 mois, venue avec ses parents entendants pour une consultation de développement filmée, dans le cadre du protocole de la recherche ENTNDre, sur les facteurs de risque de TND⁷ chez le bébé sourd (Akrich et coll., 2023).

Lovée au creux du bras gauche de sa maman, elle boit son biberon goulûment après un moment d'impatience non dissimulée. La maman

7. TND : troubles du neurodéveloppement.

regarde le papa sur sa droite ; tous deux se questionnent sur l'heure du biberon précédent pour essayer de comprendre l'impatience de Line. La maman a une petite exclamation de fierté et un hochement de tête plus vif en constatant la « ponctualité » de sa fille qui manifeste son appétit à intervalles très réguliers. À ce moment précis, Line, qui semblait entièrement absorbée par la tétée, tourne le regard vers sa mère. Son attention est captée par les manifestations émotionnelles de sa mère qu'elle observe dans ses mimiques, ses hochements de tête, et qu'elle perçoit aussi par la résonance de sa voix dans son thorax. On voit alors la dimension relationnelle de ce temps de nourrissage se déployer. Line cherche à capter l'attention de sa mère, qui alterne entre des sourires et paroles adressées à sa fille, et des propos échangés avec le père et la pédopsychiatre. Line tend la main vers le visage de sa mère, qui est très souriante et expressive. Elle tend ses doigts vers la bouche de sa mère, pour se les faire embrasser. Celle-ci dépose un baiser, pose doucement sa joue sur la main potelée. Line fait des pauses dans sa prise du biberon. Le rythme de succion peut s'alterner de petits échanges de regards et de sourires. Après une courte pause de quelques secondes, Line vient plaquer la paume de sa main sur le menton de sa mère et vocalise. Elle cherche à relancer l'échange mais aussi à saisir quelque chose du visage de sa mère, à se questionner sur ce qui l'anime, le mobilise... elle cherche à interpréter sa mère (Parlato-Oliveira, 2022).

Les modalités sensorielles dans les échanges du bébé sourd

Le bébé sourd organise ses interactions avec son environnement de manière multisensorielle et développe ses compétences relationnelles avec son environnement. On trouve très peu d'études sur les interactions des bébés sourds avec leurs parents entendants dans le premier semestre de vie, en lien avec la question du dépistage néonatal de surdité. L'enjeu est important car c'est la combinaison de dyade la plus fréquemment rencontrée (95 % des cas). Plusieurs études ont analysé les modalités sensorielles au sein des échanges des bébés sourds avec leurs parents sourds ou entendants. Les études ont souvent comparé

les styles interactifs selon le statut auditif des parents, interrogeant de manière sous-jacente les enjeux de cette asymétrie sensorielle dans l'accordage relationnel parents-bébé (Meadow-Orlans et coll., 2004).

Les études ont montré l'investissement des modalités visuelles et tactiles dans les échanges que les parents sourds nouent avec leur bébé (Paradis et Koester, 2015). Maestas y Moores (1980) a réalisé des micro-analyses de vidéos d'interactions de mères sourdes signantes avec leur bébé (sourd ou entendant) dans des moments du quotidien (change, bain, nourrissage, éveil...) au cours des six premiers mois de vie. Les modalités interactives sont variées : vocalisations, gestes, signes, dactylogogie, signes en co-actif ou sur le corps de l'enfant. Les mimiques et gestuelles du bébé sont interprétées comme actes de langage à valeur symbolique. Le toucher est plus souvent utilisé par les parents d'enfants sourds dans les contacts avec leur bébé, en particulier par les parents qui sont eux-mêmes sourds (Depowski et coll., 2015), notamment pour attirer l'attention. Ainsi, les parents sourds adoptent naturellement un style interactif lié à leur expérience sensorielle propre.

Certaines recherches ont comparé les modalités d'échanges des mères entendantes avec leur bébé, selon le statut auditif du bébé.

Si elles investissent plus naturellement les jeux vocaux, les études montrent que les mères entendantes s'ajustent aux besoins de leurs bébés sourds pour communiquer avec eux (Koester et coll., 2004 ; Koester et Lahti-Harper, 2010), en ayant recours à des modalités d'interaction variées dans leurs échanges avec une dimension d'accordage (Marie et coll., 2016). Différents types de toucher vont moduler leurs échanges avec leur bébé, avec des durées de toucher prolongées (Koester et coll., 2000). Les mères de bébés sourds synchronisent plus souvent le toucher avec la voix, comparées avec les mères de bébés entendants (Abu-Zhaya et coll., 2019).

Le bébé sourd peut s'appuyer sur la concordance des informations tactiles et visuelles (avec les éventuels restes auditifs) pour stabiliser la perception de son environnement. Cette co-modalisation polysensorielle soutient son accès à l'intersubjectivité (Golse, 2020 ; Haag,

2018). Bullinger nous a enseigné que les entrées sensorielles constituent des appuis dans la constitution corporelle du bébé (ABSM, 2018). On observe d'ailleurs fréquemment la recherche d'appuis dans le dos, d'un « arrière-fond », se manifestant par l'hyperextension chez les bébés sourds. L'apport de ces appuis est parfois nécessaire pour soutenir le bébé sourd dans les liens qu'il crée avec ceux qui l'entourent. Smith et McCurray (2018) ont étudié l'effet de la surdité sur la temporalité des réponses au sein des premiers dialogues de bébés sourds *versus* bébés entendants, avec leur parent, à partir de l'âge de 4 mois. La surdité n'a pas d'effet sur le rythme des échanges ; le facteur le plus influent sur la rythmicité des échanges étant l'autre partenaire. Il y a donc une influence réciproque de la communication du bébé et de sa mère, avec un ajustement progressif du rythme au fur et à mesure que le bébé grandit.

Les parents sourds ont une sensibilité parentale qui s'appuie naturellement sur leur expérience propre pour comprendre les besoins sensoriels du bébé sourd. Ce partage d'expérience semble favoriser l'ajustement émotionnel et communicationnel de la dyade et le recours spontané à des modalités d'échanges variées (Hintermair, 2017). Mais les études montrent que les parents entendants s'adaptent aux besoins de leur enfant sourd en ayant des échanges multimodaux avec celui-ci (Roberts et Hampton, 2018). Le bébé sourd déploie aussi ses propres compétences pour initier et établir des liens avec ses parents, sourds ou entendants.

La pulsion invocante chez le bébé sourd

Les avancées de la recherche en psychologie du développement soulignent la part active du bébé pour initier des relations avec son environnement dès les premiers jours de vie (Nagy, Molnar, 2004). Celles dans le champ des troubles du spectre de l'autisme (TSA) notamment, ont mis en évidence les fondements moteurs de la mise en place des compétences relationnelles et langagières (Trevarthen et Delafeld-Butt, 2013 ; Muratori, 2022). De récentes publications soulignent le rôle de

la motricité du bébé dans les liens qu'il établit avec son environnement (Lev Enacab et coll., 2015 ; Parlato-Oliveira, 2022).

Il est établi aujourd'hui que le langage du bébé, entendant comme sourd, s'inscrit véritablement dans son corps. Les travaux de Muratori (2022) à l'université de Pise, à partir des films familiaux, ont contribué à démontrer que les anomalies motrices entravant le langage corporel jouent un rôle primordial dans la constitution des TSA. Il nous explique que la communication se déploie de manière concomitante par plusieurs canaux sensoriels, si bien qu'à 14 mois il y a une « équipotentialité » de la communication gestuelle et orale.

Dans le champ de la surdité, cela n'est pas sans rappeler la conception d'André Meynard (2014), psychanalyste engagé en surdité depuis de longues années, qui soutient que le registre signifiant dépasse le sonore, et que le visuel et le gestuel sont à considérer dans le champ de la parole et du langage. Il souligne que la portée symbolique, et donc subjective, des « chaînes signifiantes gestuelles, visuelles et tactiles » est présente, autant pour les sourds que pour les entendants. Ainsi, le bébé sourd, s'il ne perçoit pas le langage par une fréquence sonore, le captera par des voies sensorielles qui ne sont pas étrangères pour les personnes entendantes. La pulsion invocante apparaît comme transmodale, son bouclage prenant source dans le plaisir corporel, et circulant par tous les canaux sensoriels. Pour Trevarthen (2018), la pulsion invocante⁸ permet au bébé de communiquer ses intentions à travers une expression corporelle multimodale. Citant F. de Saussure, Parlato-Oliveira (2022) nous rappelle que le langage, « multiforme et hétéroclite », ne se confond pas avec la langue : « Le langage est la condition pour la construction de la langue. »

Ce rapprochement avec le champ de la psychologie du développement nous permet de nous dégager des enjeux de la question de la langue, pour nous mettre à l'écoute du langage du bébé sourd, de « ses modalités de dire » (Meynard, 2014). *Oscar*, 7 mois, nous avait déjà enseigné

8. Dans cet article, Trevarthen emprunte ce terme psychanalytique pour parler de la capacité innée du bébé à entrer en conversation avec l'autre.

sur la capacité du bébé sourd à s'inscrire dans le circuit de la parole⁹ (Favrot-Meunier et coll., 2020).

Écoutons aujourd'hui *Sofia*, âgée de 6 mois, porteuse d'une surdité profonde appareillée, converser avec sa mère entendante.

La voilà installée sur le dos, face à sa maman, en train de se faire dévorer les orteils par cette dernière, qui s'en délecte avec des vocalisations de plaisir. Puis sa maman souffle doucement vers le visage de sa fille. Sofia la regarde et lui sourit.

– « Ah, tu aimes bien ça, hein ? En plus avec cette chaleur... »

Sofia sourit à sa mère et relève les pieds dans sa direction. Sa maman souffle à nouveau. Sofia émet de petites vocalises, allonge ses jambes puis marque un rythme en bougeant les pieds énergiquement, accentuant encore son sourire.

– « Ah, oui ! Ah, ça c'est cool hein ? » répond sa mère en hochant la tête, suivant le rythme des mouvements de sa fille.

Elle souffle à nouveau, Sofia se fige un instant pour ressentir l'air et lui sourit, avec un mouvement du bras et du buste.

– « Ça c'est chouette ! »

Sofia lui répond en reprenant son mouvement rythmé des pieds.

– « Oui, tu aimes bien ! » reprend sa maman avec un hochement de tête.

Elle souffle à nouveau sur son visage.

Sofia la regarde et bouge les doigts de sa main dans le flux d'air. Son regard bouge en direction de la caméra, puis revient vers le visage de sa mère. Elle serre la main de sa mère, lève les pieds vers elle, tout en vocalisant.

– « Sur les pieds ? Tu veux sur les pieds ? »

9. Juillet 2019 : « Sourd moi ? Le bébé sourd et le circuit de la parole », Claire Favrot-Meunier, Erika Parlato-Oliveira, Alice Martins, Isabelle Philippon, congrès transdisciplinaire de la psychopathologie du bébé « Hommage à Trevarthen », Instituto Langage (La Salpêtrière, Paris).

Sofia acquiesce d'une brève vocalise « hum ».

– « Oui je vais te le faire sur les pieds si tu veux. »

Elle saisit le pied potelé de Sofia et souffle sur la plante.

– « C'est agréable ça ? »

Elle souffle à nouveau.

– « Du vent sur les pieds... »

Sofia repose son pied. Elle donne un petit coup de talon sur le tapis, puis relève à nouveau son pied.

– « Encore ? »

Elle souffle une dernière fois, regarde sa fille et la complimente d'un sourire apaisant :

– « Tu es super calme... »

Cette tendre séquence illustre la richesse de la communication qui s'établit entre Sofia et sa mère. La palette sensorielle est variée, le dialogue pouvant se nouer sur plusieurs registres de manière simultanée. Le rythme des mouvements de Sofia peut trouver écho dans la rythmicité de la voix et des mimiques de sa mère. Les vocalisations de Sofia, même si peu présentes, viennent ponctuer son « discours corporel » de manière intonative. Son regard, sa motricité, ses gestes fins et sa voix se coordonnent dans un véritable dialogue qui se noue entre elle et sa mère. Cette dernière questionne Sofia, entend ses réponses et s'émerveille de sa tranquillité. Cet apaisement vient ponctuer l'issue d'une séquence pulsionnelle active. Nous reconnaissons ici l'illustration de ce qu'a décrit M.-C. Laznik sur la mise en circulation de la pulsion dans les échanges du bébé avec sa mère. Après une satisfaction libidinale dans le jeu de la dévoration des petons de Sofia, dans laquelle le plaisir maternel est manifeste, le jeu du souffle apparaît comme une pause « rafraîchissante », venant rythmer et accompagner la poursuite d'un échange pulsionnel sur un mode plus tempéré. Les compliments adressés à Sofia vont apporter une satisfaction narcissique partagée, venant clore le jeu de séduction.

L'intersubjectivité secondaire : attention conjointe et compétences socio-communicationnelles

L'attention conjointe du bébé sourd

Dans la prise en soins du bébé sourd, on observe souvent la mise en place des prérequis à la communication, dont l'attention conjointe, indicateur clé de la capacité du bébé à partager son expérience avec l'autre et à se représenter le point de vue de l'autre dans l'interaction, prérequis des compétences sociales. Cette capacité d'attention partagée s'enracine dans les échanges dyadiques du premier semestre de vie, avant qu'une triangulation des échanges n'émerge progressivement vers l'âge de 9 mois. Les échanges triadiques vont s'enrichir et se complexifier (suivi du regard, pointages), l'attention conjointe s'installant vers 18 mois (Aubineau et coll., 2015).

Il est fréquemment avancé que cette compétence spécifique serait plus complexe à acquérir pour les bébés sourds, en raison de la difficulté à percevoir simultanément l'objet d'attention et les informations verbales de l'adulte, nécessitant un partage de l'attention visuelle. Smith et McCurray (2018) observent d'ailleurs un « palier » de la temporalité des échanges vers l'âge de 9 mois, en cohérence avec ce constat. La littérature rend compte de l'intrication de plusieurs facteurs dans la mise en place des compétences socio-cognitives de l'enfant sourd. La surdité en elle-même ne fragilise pas la mise en place d'une intersubjectivité secondaire. Il a été démontré que le développement socio-cognitif des enfants sourds de parents sourds signants suit une trajectoire typique (Loots et Devisé, 2003). Les bébés sourds de parents sourds vont déployer des compétences d'attention visuelle supérieures (Brooks, Singleton et Meltzoff, 2020) et développer une sensibilité spécifique leur permettant de se saisir de tous les indices apportés par le parent dans ces moments d'échange (Lieberman et coll., 2014). Les parents sourds vont avoir recours spontanément à des stratégies pour favoriser un rapprochement entre l'objet d'attention et le message verbal et s'attendre à ce que le bébé capte les informations dans un champ visuel élargi (Roos et coll., 2016).

Le constat est davantage partagé pour les bébés sourds de parents entendants (Loots et Devisé, 2003 ; Aubineau et coll., 2017). L'accès à une intersubjectivité secondaire semble soumettre le bébé sourd de parents entendants à de nouveaux défis (Mac Gowan et coll., 2021). Si ses parents s'adaptent bien à ses besoins de communication, la quantité de moments d'attention conjointe resterait moindre que dans les dyades entendants (Depowski et coll., 2015). La réussite et le maintien des moments de partage semblent dépendre de l'intentionnalité du bébé et de sa capacité à initier, maintenir, et relancer les échanges (Harris et Chasin, 2005 ; Aubineau, 2016). Ainsi, les enfants sourds de parents entendants poursuivent leur développement intersubjectif avec plus ou moins de fluidité, selon les obstacles relationnels à surmonter et les appuis sensoriels et humains qu'ils saisissent à leur portée. Néanmoins, une étude récente se basant sur l'eye-tracking retrouve des similarités dans les patterns d'attention conjointe des jeunes enfants sourds implantés et entendants (Monroy et coll., 2021). Cela souligne les bénéfices du soutien et des remédiations apportées dès le diagnostic pour favoriser le développement des compétences sociales des bébés sourds.

Les compétences socio-communicationnelles du bébé sourd

Nous avons vu comment le bébé porteur d'une surdité va utiliser toutes ses compétences pour créer des relations de manière multimodale avec son environnement. Les effets « en cascade » du déploiement de son intentionnalité sont décrits par Roberts et Hampton (2018) qui ont étudié de manière longitudinale l'influence réciproque des initiatives du bébé (gestuelle préverbale, vocalisations, mots) et de la mère (sensibilité, stimulation), entre 6 et 18 mois. Suivant un modèle transactionnel, les auteurs croisent ces facteurs en étudiant leur corrélation selon l'avancée en âge et les comparent avec un groupe contrôle entendant. Leurs résultats suggèrent que les compétences langagières préverbales du bébé sourd sont liées au développement ultérieur de la langue orale. Par un processus en échafaudage, les initiatives communicationnelles du nourrisson sont liées à la sensibilité maternelle qui va être associée en

retour au langage gestuel et aux vocalisations du bébé, favorisant les stimulations maternelles qui mènent à de meilleures compétences verbales et vocales pour le jeune enfant sourd. Selon eux, l'intentionnalité du bébé sourd favorise le passage d'une communication pré-linguistique à un niveau linguistique.

Ils ajoutent qu'ils ne trouvent pas d'effet significatif de la surdité du bébé sur la sensibilité maternelle. C'est également le cas dans l'étude de Stika et ses collaborateurs (2015) qui ont évalué à l'âge de 12 et 18 mois le développement global de 28 jeunes enfants porteurs de surdité moyenne ou sévère, appareillés dès l'âge de 5 mois. Ils retrouvent un développement comparable à celui du groupe contrôle entendant. Les compétences socio-communicationnelles du bébé sont associées au sentiment de compétences parentales. Ils retrouvent un développement comparable à celui du groupe contrôle entendant.

Les ressources parentales sont impactées par les compétences du bébé et par la manière dont il va parvenir à les mobiliser. Hintermair (2006 ; 2017) rapporte que les parents les plus significativement stressés sont ceux dont l'enfant présente d'autres troubles combinés à la surdité. Ce sont les compétences communicatives du bébé sourd, soit l'absence de difficultés associées à la surdité, qui représentent le principal facteur prédictif du développement socio-émotionnel de l'enfant sourd (Hintermair, 2017), indépendamment de la modalité linguistique adoptée (orale *vs* signée). Shield et ses collaborateurs (2016) ont d'ailleurs démontré que les enfants sourds avec TSA, natifs de parents sourds signants, rencontrent les mêmes difficultés que les enfants entendants TSA de parents entendants.

Ainsi, la présence et le déploiement de ces compétences doivent pouvoir être évalués et le cas échéant soutenus, dès le diagnostic de surdité. Car il existe des facteurs de risque de troubles du neurodéveloppement communs à la surdité congénitale. C'est ce qui a été mis en évidence par la recherche pionnière ENTNDre, initiée par le docteur Claire Favrot-Meunier et le docteur Natalie Loundon, dans le cadre d'un partenariat entre le service ORL de l'hôpital Necker et le CMP UTES. Elle a permis une analyse des facteurs de risque de troubles du

neurodéveloppement dans une cohorte de bébés sourds de moins de 10 mois, reçus dès le diagnostic (Akrich et coll., 2023).

Conclusion

Considérer l'intentionnalité des bébés sourds nous permet de faire l'hypothèse d'un sujet sourd désirant et de parier sur ses compétences pour relever les défis que son désir mettra sur sa route. Chaque bébé a sa singularité, un environnement dans lequel il vient au monde, et des possibilités de mobiliser tous ses « savoirs » pour y faire face (Parlato-Oliveira, 2022). Les recherches récentes nous éclairent sur le renouveau de ces défis, avec les évolutions de soins et d'accompagnement depuis l'avancée de l'âge du diagnostic. Pour le bébé sourd, ceux-ci seront différents selon le statut auditif de ses parents, son propre degré de surdité, ou les facteurs de risque neurodéveloppementaux associés à la surdité.

Le bébé sourd de parents entendants fait face à plusieurs défis dans les premières étapes de sa construction psychique, que sont : établir des liens étroits avec ses parents, qui ont un vécu sensoriel différent du sien, dans un contexte psychoaffectif traumatique, engager son regard et mettre en place des stratégies de compensation visuelle au sein de ses premiers liens, développer une attention conjointe lui permettant d'enrichir ses relations avec d'autres avec qui échanger dans une langue commune.

Dans une situation où ce bébé sourd peut déployer ses compétences motrices et corporelles pour s'adresser à l'autre, établir des liens pulsionnels avec ses parents, et lorsqu'un accompagnement adapté est proposé dès le diagnostic, la plupart des bébés sourds va pouvoir surmonter ces défis, tirer profit des aides techniques et humaines apportées pour poursuivre le plus favorablement leur développement.

Si les hypothèses de recherches en lien avec les enjeux du développement psychologique de l'enfant sourd ont souvent été formulées au prisme de la surdité, les évolutions de la réalité clinique et les avancées de la recherche dans le champ du bébé et des mécanismes de

l'intersubjectivité nous permettent de présenter ici un bébé sourd compétent, actif, à l'initiative de la rencontre avec l'autre. Écoutons-le nous parler des défis qu'il s'apprête à relever, pour mieux l'accompagner.

Bibliographie

- ABSM, 2018. *La construction des représentations corporelles du bébé*, Toulouse, érès.
- ABU-ZAYA, R. ; KONDAUROVA, M. ; HOUSTON, D. ; SEIDL, A. 2019. « Vocal and tactile input to children who are deaf or hard of hearing », *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 62(7), p. 2372-2385.
- AKRICH, S. ; PARLATO DE OLIVEIRA, E. ; FAVROT-MEUNIER, C. et coll. 2023. « Analysis of specific risk factors of neurodevelopmental disorder in hearing-impaired infants under ten months of age: "EnTNDre" an opening research stemming from a transdisciplinary partnership », *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 166, 111-453.
- AUBINEAU, L.H. 2016. *L'attention conjointe, un précurseur d'intentionnalité ? Études auprès des enfants de 6 à 18 mois entendants et de 4 enfants sourds de 12, 15, 18 mois*, thèse de doctorat, université d'Amiens.
- AUBINEAU, L.-H. ; VANDROMME, L. ; LE DRIANT, B. 2015. « L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations », *L'année psychologique*, 115(1), p. 141-174.
- AUBINEAU, L.-H. ; VANDROMME, L. ; LE DRIANT, B. 2017. « Regarde-moi, il faut qu'on se parle ! Développement socio-cognitif du bébé sourd via l'attention conjointe », *Enfance*, 2(2), p.171-197.
- BENTATA, H. 2022. « La pulsion de portage et son objet, le giron maternel : un fondement primaire de l'infans », dans H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik (sous la direction de), *Le corps sensori-moteur du bébé à risque : avancées théoriques et pratiques*, Toulouse, érès, p. 270-283.
- BROOKS, R. ; SINGLETON, J.L. ; MELTZOFF, A.N. 2020. *Developmental Science*, vol. 23, n° 2, <https://doi.org/10.1111/desc.12900>
- COUVERT, M. 2022. *La clinique pulsionnelle du bébé*, Toulouse, érès.
- DEPOWSKI, N. ; ABAYA, H. ; OGHALAI, J. ; BORTELED, H. 2015. « Modality use in joint attention between hearing parents and deaf children », *Frontiers in Psychology*, 6, 1556, doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01556

FAVROT-MEUNIER, C. ; MARTINS-BARROS, A. ; PHILIPPON, I. et coll. 2020. « Surdo ? Eu ? », dans A. Jerusalinsky, H. Bentata (sous la direction de), *Dos primórdios à adolescência: desafios e perspectivas*, Instituto Langage.

FREUD, S. 1915. *Pulsions et destins des pulsions*, trad. O. Mannoni, Paris, Payot, 2018.

GOLSE, B. 2020. *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*, Toulouse, érès, coll. « 1001 BB ».

HAAG, G. 2018. *Le Moi corporel*, Paris, Puf.

HARRIS, M. ; CHASIN, J. 2005. « Visual attention in deaf and hearing infants: The role of auditory cues », *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(10), p. 1116-1123.

HINTERMAIR, M. 2006. « Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children », *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), p. 493-513.

HINTERMAIR, M. 2017. « Preliminary evidence assessing social-emotional competences in deaf and hard of hearing infants and toddlers using a new parent questionnaire », *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), p. 143-154.

KOESTER, L.S. ; BROOKS, L.R. ; KARKOWSKI, A.M. 1998. « Comparison of the vocal patterns of deaf and hearing mother-infant dyads during face-to-face interactions », *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(4), p. 290-301.

KOESTER, L.S. ; BROOKS, L. ; TRACI, M.A. 2000. « Tactile contact by deaf and hearing mothers during face-to-face interactions with their infants », *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(2), p.127-139.

KOESTER, L. ; LAHTI-HARPER, E. 2010. « Mother-infant hearing status and intuitive parenting behaviors during the first 18 months », *American Annals of the Deaf*, 155, p. 5-18.

KOESTER, L.S ; TRACI, M.A. ; BROOKS, L.R. et coll. 2004. « Mother-infant behaviors at 6 et 9 months a microanalytic review », dans K.P. Meadow-Orlans, P.E. Spencer, L.S. Koester (sous la direction de), *The World of The Deaf Infants*, New York, Oxford University Press.

LACAN, J. 1973. Le Séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Points, 2014.

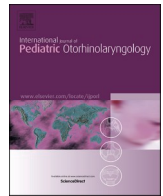
- LAZNIK, M.-C. 1993. « Pour une théorie lacanienne de la pulsion », *Le discours psychanalytique*, 10.
- LAZNIK, M.-C. ; MAESTRO, S. ; MURATORI, F. ; PARLATO, E. 2005. « Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents », dans M.-F. Castarède, G. Konopczynski, (sous la direction de), *Au commencement était la voix*, Toulouse, érès, p. 169-181.
- LEPOT-FROMENT, C. ; CLEREBAUT, N. 1996. *L'enfant sourd, communication et langage*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- LEV ENACAB, O ; SHER-CENSOR, E. ; EINSPIELER, C. et coll. 2015. « The quality of spontaneous movements of preterm infants: Associations with the quality of mother-infant interaction », *Infancy*, 20(6), p. 634-660.
- LIEBERMAN, A. ; HATRAC, A.M. ; MAYBERRY, R.I. 2014. « Learning to look for language: Development of joint attention in young deaf children », *Language Learning and Development*, 10(1), p. 19-35.
- LIMOUSIN, F. ; BLONDEL, M. 2010. « Prosodie et acquisition de la langue des signes française : acquisition monolingue LSF et bilingue LSF-français », *Language, Interaction and Acquisition*, 1(1), p. 82-109.
- LOOTS, G. ; DEVISÉ, I. 2003. « The use of visual-tactile communication strategies by deaf and hearing fathers and mothers of deaf infants », *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(1), p. 31-42.
- LOOTS, G. ; DEVISÉ, I. ; JACQUET, W. 2005. « The impact of visual communication on the intersubjective development of early parent-child interaction with 18-to 24-month-old deaf toddlers », *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10, 4, p.1081-4159.
- MAC GOWAN, T.L. ; TASKER, S.L. ; SCHMIDT, L.A. 2021. « Differences in established joint attention in hearing-hearing and hearing-deaf mother-child dyads: Associations with social competence, settings, and tasks », *Child Development*, 92(4), p. 1388-1402.
- MAESTAS Y MOORES, J. 1980. « Early linguistic environment: Interactions of deaf parents with their infants », dans *Sign Language studies*, Washington, Gallaudet University Press, 26, p. 1-13.
- MALATESTA, G. ; MARZOLI, D. ; TOMMASI, L. 2020. « The association between received maternal cradling and neurodevelopment: Is left better? », *Medical Hypotheses*, 134.

- MARIE, B. ; PARMENTIER, L. ; CAET, S. ; DELPORTE, V. 2016. « Attirer, maintenir et orienter l'attention: analyse de stratégies verbales et non verbales déployées par des mères d'enfants sourds et d'enfants entendants de moins de trois ans », mémoire d'orthophonie, université de Lille.
- MEADOW-ORLANS, K.P. ; SPENCER, P.E. ; KOESTER, L.S. 2004. *The World of Deaf Infants: A Longitudinal Study*, New York, Oxford University Press, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195147902.001.0001>
- MEYNARD, A. 2014. « La pulsion invocante : ce que les Sourds nous enseignent... », *Essaim*, 32(1), p. 83-98.
- MONROY, C. ; HOUSTON, D. ; YU, C. 2021. « Joint action in deaf and hearing toddlers: A mobile eye-tracking study », *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 43.
- MURATORI, F. 2022. « Développement moteur atypique dans l'autisme précoce », dans H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik (sous la direction de), *Le corps sensori-moteur du bébé à risque*, Toulouse, érès, p. 92-117.
- NAGY, E. ; MOLNAR, P. 2004. « Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation », *Infant Behavior and Development*, 27(1), p. 54-63.
- PARADIS, G. ; KOESTER, L.S. 2015. « Emotional availability and touch in deaf and hearing dyads », *American Annals of the Deaf*, vol. 160, n° 3, p. 303-315.
- PARLATO-OLIVEIRA, E. 2022. *Le bébé et ses savoirs*, Toulouse, érès, coll. « 1001BB ».
- PILLEGI, L.A. ; MALCOLM-SMITH, S. ; SOLMS, M. 2015. « Investigating the role of social-affective attachment processes in cradling bias: The absence of cradling bias in children with autism spectrum disorders », *Laterality*, 20(2), p. 154-170.
- ROBERTS, M.Y. ; HAMPTON, L.H. 2018. « Exploring cascading effects of multimodal communication skills in infants with hearing loss », *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(1), p. 95-105.
- ROOS, C. ; CRAMER-WOLRATH, E. ; FALKMAN, K. 2016. « Intersubjective interaction between deaf parents/deaf infants during the infant's first 18 months », *Journal Deaf Stud Deaf Educ*, 21(1), p. 11-22.

- SHIELD, A ; PYERS, J. ; MARTIN, A ; TAGER-FLUSBERG, H. 2016. « Relations between language and cognition in native-signing children with autism spectrum disorder », *Autism Research*, 9(12), p. 1304-1315.
- SIERATZKI, J.S. ; WOLL, B. 1996. « Why do mothers cradle babies to their left? », *The Lancet*, 347, p. 1746-1748.
- SIERASTKI, J.S. ; WOLL, B. 2002. « Leftward cradling bias, prosodic speech, and deafness: The deaf are not dumb », *The Journal of Genetic Psychology*, 163(1), p. 126-128.
- SMITH, N.A. ; MCCURRAY, B. 2018. « Temporal responsiveness in mother-child dialogue: A longitudinal analysis of children with normal hearing and hearing loss », *Infancy*, 23(3), p. 410-431.
- STIKA, C.J. ; EISENBERG, L.S. ; JOHNSON, K.C. et coll. 2015. « Developmental outcomes of early-identified children who are hard of hearing at 12 to 18 months of age », *Early Human Development*, 91(1), p. 47-55.
- TREVARTHEN, C. 2018. « Accueil des mouvements de sympathie, partage de récits de vie avec des nouveaux-nés, découverte d'accordage inventif dans le jeu », (trad. M.H. Wittowski et V. Dutartre) dans H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik (sous la direction de), *Le bébé dans tous ses états*, Toulouse, érès, p.17-40.
- TREVARTHEN, C. ; AITKEN, K.J. 2003. « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, 4(15), p. 309-428.
- TREVARTHEN, C. ; DEVAFIEDL-BUTT, J. 2013. « Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement », *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, doi: 10.3389/fnint.2013.00049
- TRUY, E. ; LOUNDON, N. 2018. « Le point sur les indications et résultats actuels de l'implant cochléaire de l'adulte et de l'enfant », dans E. Truy et coll., *Surdités : actualités, innovations et espoirs. Rapport de la société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale*, Paris, Elsevier Masson, p. 117-120.
- TURNBULL, O.H. ; RHYS JONES, S.L. ; JACKSON, A.L. 2001. « The leftward cradling bias and prosody: An investigation of cradling preferences in the deaf community », *The Journal of Genetic Psychology*, 162(2), p. 178-186.
- VAUCLAIR, J. 2022. « Maternal cradling bias: A marker of the nature of the mother-infant relationship », *Infant Behavior and Development*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101680>

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijporl

Analysis of specific risk factors of neurodevelopmental disorder in hearing-impaired infants under ten months of age: “EnTNDre” an opening research stemming from a transdisciplinary partnership[☆]

Salomé Akrich^{a,*}, Erika Parlato de Oliveira^b, Claire Favrot-Meunier^c, Caroline Rebichon^d, Aurélie de Clerck^b, Sophie Etori^c, Isabelle Rouillon^d, Isabelle Prang^d, Natalie Loundon^d

^a Nantes Université, Nantes, France

^b Centre de recherche psychanalyse, médecine et société (CRPMS), Université Paris Cité, Paris, France

^c Unité Thérapeutique Enfance et Surdité, Hôpitaux St Maurice et Groupe Hospitalier Nord Essonne, Paris, France

^d Oto-Rhino-Laryngologie pédiatrique, Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Necker Enfants Malades, AP-HP, Paris, France

ARTICLE INFO

Keywords:

Children
Hearing loss
Neurodevelopmental disorder
Early screening
Risk factors

ABSTRACT

Introduction: Approximately 20% of children born with severe to profound hearing loss (HL) have an associated disorder that poses a neurodevelopmental risk [1]. The objective of this study is to identify the criteria and profiles of deaf infants at risk of neurodevelopmental disorders (NDD) to provide early intervention.

Methods: Twenty-two infants aged three to ten months with bilateral congenital deafness were included. Each child attended a consultation with a psychiatrist specializing in the development of hearing-impaired infants as part of their ENT follow-up. The quality of their early development was analyzed using the *Olliac grid* and well-known postural and sensorimotor criteria. The children were then classified into three groups: normal examination (Group 1), evident NDD (Group 2), and intermediate examination (Group 3). Early medical history, the etiology of deafness, cerebral imaging, and vestibular test results were collected and compared in the different groups.

Results: The average age of the children at the time of observation was seven months (3–10 months). All had sensorineural HL, with identified causes in 13 out of 22 cases: five cases of connexin 26 gene mutation, three cases of CHARGE syndrome, two CMV infections, one Usher syndrome, one GATA3 mutation, and one LHPL5 mutation. The average score on the *Olliac grid* was nine (0–15), and abnormal postural and sensorimotor behaviors were found in 15 cases out of 22 (68%). 27% of the children were classified in Group 1, 45% in Group 2, and 27% in Group 3.

Children with non-isolated HL, abnormal brain MRI (8/22), malformations outside the auditory system (10/22), vestibular impairments (9/22), and/or CMV infections (2/22) were distributed as follows: 2/6 in Group 1, 9/10 in Group 2, and 3/6 in Group 3. 8/22 children had suffered perinatal complications (0/6 in Group 1, 6/10 in Group 2, and 2/5 in Group 3). Only one child had a first-degree relative with NDD. He belonged to Group 2.

Discussion: To our knowledge, this paper is the first to describe the development of infants with congenital deafness. It is based on an observation time that had been included in the procedure of multidisciplinary evaluations prior to cochlear implantation (CI), thanks to the partnership between a psychiatric center for deaf children and an ENT-pediatric implantology service. This consultation was aimed at assessing the quality of neurodevelopment and identifying NDD without a specific referral, with good acceptability for families. Using the *Olliac grid* and postural and sensorimotor criteria developed to be assessed in the routine care consultation, we identified evident early signs of NDD in 45% of infants. This group (Group 2) requires early, targeted, developmental support. Some children in an intermediate zone (Group 3) require further observation and support.

Conclusion: The very early identification of NDD seems to be relevant in the care of hearing-impaired infants. The use of the *Olliac grid* and developmental scales seems relevant to identifying infants at risk for NDD.

[☆] This study was approved by the Research Ethics Committee (APHP220048).

* Corresponding author.

E-mail address: salome.akrich@chu-nantes.fr (S. Akrich).

<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111453>

Received 16 November 2022; Received in revised form 5 January 2023; Accepted 19 January 2023

Available online 21 January 2023

0165-5876/  2023 Elsevier B.V. All rights reserved.

1. Introduction

In France, neonatal screening for severe to profound congenital hearing loss, organized in maternity wards, is followed by early multi-disciplinary screenings to confirm the hearing impairment diagnosis and the specified characteristics (primarily concerning the indication for CI). About 20% of congenitally deaf children suffer from associated disorders that pose a risk for NDD [1]. Identifying this risk very early in life seems expected [2] and it is now possible [3,4], allowing for targeted explorations and interventions for preventive purposes. Newborn hearing screening provides the opportunity to include systematic developmental observation in preimplantation screenings. Such a specialized consultation was offered to families of hearing-impaired babies as part of an innovative partnership between a center specializing in deaf children's mental health and an ENT surgery and pediatric implantology center. The primary objective of this consultation was to offer diagnosis and targeted therapeutic interventions to children exhibiting signs of neurodevelopmental risk, to prevent complications from negative developmental trajectories. From this procedure, we constituted and analyzed a cohort of deaf babies under ten months of age, with the following aims: 1) to describe the developmental profiles of infants with congenital hearing loss, and 2) to identify which factors are associated with NDD clinical signs in this specific population.

2. Material and methods

Patients who attended a developmental observation consultation, conducted and filmed between May 2018 and February 2021 were recruited. The inclusion criteria were: diagnosis of permanent deafness, age <10 months at the time of consultation, and signed parental consent. The age limit of the recruited children was set at 10 months (corrected age (CA) for premature babies) because this is the limit for using the *Olliac grid* (9 months \pm 29 days).

The consultation was conducted in pairs by a child psychiatrist specializing in deaf infants' development and trained in the early detection and care of babies with NDD, and a psychologist from the pediatric ENT department. The primary purpose of this consultation was to identify children at neurodevelopmental risk, carry out additional assessments (for neurovision, sensorimotoricity, and specialized consultations in case of warning signs), and offer preventive and therapeutic interventions. These targeted interventions consisted of baby-parent therapy to support social development and psychic construction, along with sensorimotor therapy,¹ and physiotherapy to relieve tissue or visceral tension and pain, which is essential for the baby to be ready, willing, and able to interact [5]. The aim is to enhance the baby's long-term quality of life, with or without NDD.

The assessment of interpersonal skills was based on the *Olliac grid* [6], designed for application in routine care consultations. Added to this was an observation of postural and sensorimotor behaviors, according to knowledge from the work of Muratori [7] and Bullinger [8]. The consultation was filmed to micro-analyze it *a posteriori*. From this video material, we analyzed the developmental profiles of the babies, and the level of risk was categorized by applying a gradation ranging from 0 to 2 for relational aspects and 0 to 3 for posturomotor aspects. Next, studying the babies' medical files aimed to collect the medical history associated with deafness likely to increase the risk of NDD: perinatal complications and prematurity [9], malformations outside the auditory system, proven or suspected syndromes [10,11], first-degree family history of NDD [12], abnormal brain imaging, and vestibular dysfunction.

¹ Sensorimotor therapy is based on A. Bullinger's method, a developmental approach based on the interactions of the organism with its environment, explaining the observed behaviors, and guiding the construction of the self.

3. Results

26 patients were initially recruited to form the cohort. Four patients were withdrawn from the analysis: two because they were older than 10 months during the joint consultation, one because the consultation film was not useable, and one at the request of his parents. Therefore, 22 patients were finally included, of which 13 were girls. All patients had permanent bilateral, moderate-to-profound sensorineural HL (see Table 1). The children's average age on the day of their observation was seven months (3–10 months; corrected age for the three babies (13%) born prematurely, between 32 and 35 weeks of gestation).

Group 1, whose observation was reassuring in all respects, was made up of six children (27%) who showed good relational skills (a maximum score on the *Olliac grid*) and normal or slightly unusual but occasional sensorimotor behaviors, integrated into well-organized, good-quality gross motor skills. In this group, three children (50%) carried a connexin 26 gene mutation, one had maternal-fetal CMV infection, and two had unidentified genetic deafness (each one having a deaf elder), including one with vestibular hyporeflexia.

Group 2 consisted of ten children (45%) showing clear signs of NDD: pathological sensorimotor behaviors and variable relational skills: One child obtained a maximum score on the *Olliac grid*, four an intermediate score, and five a pathological score. Of these, six (27%) had a suspected or identified syndrome (three had CHARGE syndrome, and one had maternal-fetal CMV infection); six (27%) had suffered perinatal complications, and one had a family history of NDD. Five had vestibular areflexia, and one had hyporeflexia.

The six children (27%) in Group 3 presented intermediate and heterogeneous clinical profiles in terms of relational skills (intermediate score on the *Olliac grid*) and/or unusual postural and sensorimotor behaviors, despite well-functioning global motricity skills. Among these children, one had suspected Usher syndrome with vestibular areflexia, two had suffered perinatal complications, and one had an abnormal brain MRI. The last child carried a mutation in the connexin 26 gene.

4. Clinical cases

Case #1 (see Tables 2 and 3) is a little boy, aged seven months on the day of the consultation, whose etiology of profound HL is not known and who has a deaf sister with auditory neuropathy, who is in good health. From the first minutes of the consultation, this child showed very good relational skills (a maximum score on the *Olliac grid*) through multi-modal initiatives (intense gaze with a smile, rich gestures, and/or vocalizations). He demonstrated well-organized motor skills and good tone, regardless of whether he was well-installed or not, and motor conditions were within the normal range.

Case #16 (see Tables 2 and 3) is a five-month-old girl whose etiology of profound HL is not known. She has no family history of HL or NDD. Out of her stroller, throughout the consultation, she shows impressive dorsal hyperextension behaviors in terms of intensity and duration, repetitive hand and foot movements, and poor, disorganized motor skills. GERD is poorly tolerated; it causes psychophysical disruption. This contributes to very poor interactions, in which this little girl hardly participates, whether with her mother or the examiner (a pathological score on the *Olliac grid*).

Case #7 (see Tables 2 and 3) is a six-month-old boy (CA) whose degree of hearing loss is changing because of auditory neuropathy. He was born preterm (34 weeks of gestation) because of maternal cholestasis and a group B streptococcus infection.

His birth was marked by immediate respiratory distress, severe septicemia, and hyperbilirubinemia, and was followed by a one-month stay in the intensive care unit.

A neuropsychomotor evaluation of a 37-week-old (CA) found good global motricity and interaction skills, but a harmonious but jerky, abrupt, and disorganized spontaneous motricity, especially when not properly contained. On the day of the consultation, he showed a poor

Table 1
Quantitative characteristics of the cohort.

	Mean	Number (total = 22)	Percentage (%)
Males		9	39,1
Preterm birth		3	13,0
Births conditions			
Pregnancy complications		5	21,7
Obstetric complications		7	30,4
Low birth weights		1	4,3
Phototherapy		2	8,7
Number of stays in the intensive care unit		4	17,4
CMV seroconversion		2	8,7
Hearing loss			
- Degree ^b			
Moderate		1	4,3
Severe		2	8,7
Profound		19	82,6
- Type			
Sensorineural		22	95,7
Conductive		0	0,0
Mixed		0	0,0
- CHARGE syndrome		3	13,0
Vestibular function			
Normal		12	52,2
Hyporeflexia		3	13,0
Areflexia		6	26,1
Unknown results		1	4,3
Additional diseases			
Neuroimaging abnormality ^c		7	30,4
Anti-epileptic medication at T1		0	0,0
Gastrostomy history		2	8,7
Visual impairment		3	13,0
GERD with or without medication at T1		6	26,1
Malformation out of the auditory system		8	34,8
Age at T1 ^d			
Mean age	7 months		
< 4 months - 29 days		0	0,0
Between 4 months and 29 days and 4 months + 29 days		6	26,1
Between 4 months + 29 days and 9 months - 29 days		7	30,4
Between 9 months and 29 days and 9 months + 29 days		9	39,1
Family			
First-degree relative with hearing loss		3	13,0
Parents with hearing loss		0	0,0
Parents who were introduced to LSF		12	52,2
First-degree relative with NDD		1	4,3

GERD: Gastroesophageal Reflux Disease; LSF: French Sign Language (Langue des Signes Française).

*The two cases of hyperbilirubinemia exceeded the threshold requiring phototherapy.

^b Best functioning ear.

^c Abnormal brain MRI and/or CT of the petrous bones.

^d Corrected age for children born before 37 weeks of gestation.

motor repertoire, a slight postural asymmetry, and a well-organized but slow motricity. He occasionally employs a pneumatic tone, audible in a strident voice, and keeps clawed hands for an extended period of time.

This doesn't prevent him from showing good relational skills (a maximum score on the *Olliac grid*) although clinically not as rich and abundant as in Case #1.

5. Discussion

This is the first work to describe the relational and sensorimotor aspects of the development of infants under ten months with congenital HL. Of 22 children, ten (45%) showed evident signs of NDD. This sample was too small for statistically valuable correlation calculations. Plus, there is a possible recruitment bias regarding children of concern. The *Olliac grid*, and the postural and sensorimotor development markers developed to be used in routine care consultations, enabled us to identify NDD in 45% of these babies very early on. Its use in this at-risk population, facilitated by newborn hearing screening, deserves to be systematized to provide targeted treatment. The observations of children showing intermediate signs deserve to be enriched (reiterated observations, sensorimotor assessment, and neurovisual assessment) to characterize the nature and degree of risk of these profiles. Nonetheless, support for preventive development appears to be indicated at even the slightest identified risk.

The majority of children with atypical neurodevelopment had complex syndromic characteristics, associated with a family history of NDD or a personal history of perinatal complications [13]. These findings are consistent with those from studies on hearing-impaired children diagnosed with NDD. This paper paves the way for future research on the developmental trajectories of deaf infants showing intermediate signs of atypical neurodevelopment and on specific determinants of neurodevelopmental risk in congenitally deaf infants, to propose early and targeted multidisciplinary interventions, complementary to the care already provided.

Finally, this pioneering partnership between a psychiatry center for deaf children and an ENT department for pediatric implantology made it possible to include in the pre-implantation course an observation for the identification of NDDs without a specific referral, with good acceptability for families.

6. Conclusion

The very early identification of NDD seems to be possible and expected in the accompaniment of congenitally hearing-impaired infants, especially for children with identified risk factors.

The use of the *Olliac grid* and the observation of postural and sensorimotor behaviors seem relevant to identifying deaf infants with warning signs of NDD.

Source of support

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declaration of competing interest

The authors have no conflicts of interest.

Table 2
Clinical assessments concerning relationship skills and global postural and sensorimotor functioning for each individual in the cohort.

Case	Relationship warning sign 0/1/2 ^b	Applied grid (4 or 9 months) ^a	Details of the Olliac score (total and detailed results for each item)				Sensorimotor warning signs 0/1/2/3**	Detailed descriptions	
			Total	1	2	3			4
1	0	4	15	5	10		0		
2	0	4	15	5	10		1	Few asymmetric postures.	
3	0	9	15	5	10		1	Repetitive hyperextension behaviors after triggering sensorimotor discomfort <5% of total duration, symmetrical sitting allowed by the use of pneumatic tone, which is uncomfortable. Excellent overall impression of the quality of dyadic functioning.	
4	0	4	15	5	10		1	Repetitive hyperextension behaviors after triggering sensorimotor discomfort <5% of total duration.	
5	0	4	15	5	10		1	Slight excess of use of the front side tone, few exploration of lateral spaces.	
6	0	4	15	5	10		1	Daily repetitive grasp of his right ear, which his mother attempts to prevent by covering his hand with a sock. No psychomotor agitation or delay.	
7	0	4	15	5	10		1	Poor motor repertoire, slight postural asymmetry, slow but well-functioning motricity. Piercing voice when using pneumatic tone. Claw hands.	
8	1	9	13	5	8		1	Delayed motor skills (does not hold her head up at almost nine months of age).	
9	1	4	7	5	2		1	Lower limbs kept stretched, barely explored. Good general motor functioning.	
10	1	9	7	5	2		1	Slowness, slight delay in motor control, but many motor exploration behaviors.	
11	1	9	7	5	2		1	Limbs hypertonia following triggering sensorimotor discomfort, steady sitting allowed by use of pneumatic tone, symmetrical stretched limbs; all of which could disrupt relationship skills that were great when back support was offered.	
12	1	4	5	5	0		2	General hypotonia, motor delay, poor motor repertoire, lack of fluidity.	
13	1	9	7	5	2		2	Significant general hypotonia, slowness, motor delay, repetitive head movements, chewing, stares at lighting stimuli, poor motor repertoire, poor facial expressions, poor quality gaze.	
14	1	4	13	5	8		2	Right fist almost constantly closed, repetitive back hyperextensions tends to stand up, plagiocephaly, postural asymmetry, shrill voice.	
15	1	4	5	5	0		2	Psychomotor agitation, repetitive hyperextension >50% of the time, repetitive movements of upper limbs, general hypertonia, early motor milestones, tactile irritability, tangible but limited social skills, brief interactions, poor quality gaze.	
16	2	4	3	1	2	0	0	2	Repetitive hyperextension >50% of the time, poor quality gaze, active avoidance of gaze interactions.
17	2	9	1	1	0	0	0	2	General hypotonia, repetitive back hyperextensions, stares at mirrors, lack of movements fluidity, poor quality of motor functioning without adequate support.
18	2	4	3	1	2	0	0	2	General hypotonia, asymmetrical head movements, stares at contrast, active interruptions of gaze interactions. General movements with lack of fluidity, variability, and complexity. Back hyperextensions described by the mother.
19	2	4	0	0	0	0	0	2	General hypotonia, motor delay, sensorial irritability, persistent Moro's reflex, jerking movements, poor motor repertoire, very brief gaze.
20	2	4	0	0	0	0	0	2	Stiffness of the four limbs, jerking, and repetitive movements, poor motor repertoire, motor delay, and significant sensorial irritability.
21	2	9	3	1	2		2	Repetitive hyperextension behaviors, repetitive banging of the fist on the head.	
22	0	9	15	5	10		2	General hypotonia, significant sensorial irritability, repetitive movements of upper limbs on the head, motor delay, fluctuating stiffness of lower limbs.	

^b 0: no risk according to the Olliac grid; 1: intermediate risk; 2: substantial risk **0: no warning sign; 1: mildly and occasionally atypical behaviors; 2: moderate signs of developmental risk, despite good gross motor functioning; 3: clear pathological behaviors.

^a 4: Olliac grid applied for infants between 4 and 8 months/9: Olliac grid applied for infants between 8 and 10 months.

Table 3
Medical history.

Case	Relationship warning signs 0/1/2	Sensorimotor signs 0/1/2/3	Known cause of hearing loss	Perinatal complications		First-degree parent with NDD		Malformations out of the auditory system/CMV/suspected syndrome		Vestibular dysfunction ^a	Abnormality found by neuroimaging	
				0	Details	0	Details	0	Details		Brain MRI	Temporal bone CT-scan
1	0	0		0		0		0		0	0	0
2	0	1	CNX26	0		0		0		0	0	0
3	0	1	CNX26	0		0		0		0	0	0
4	0	1		0		0		0		1	0	0
5	0	1	CNX26	0		0		0		0	0	0
6	0	1	CMV	1	CMV seroconversion at T1, antiviral medication	0		1	White matter hyperintensities, temporal cysts	0	1	0
7	0	2		1	Gestational cholestasis, pre-eclampsia, Group B streptococcal maternal infection, prematurity	0		0		0	0	0
8	1	1	CNX26	0		0		1	Usher syndrome suspected	2	0	0
9	1	2	Usher I	0		0		0	Cone-rod dystrophy	Unknown	0	0
10	1	2		0		0		1	Arachnoid cyst	0	0	0
11	1	2	CNX26	1	Meconium in amniotic fluid	0		0		0	0	0
12	1	2		0		0		1	Cryptorchidism, inguinal hernia, plagiocephaly	1	1	1
13	1	3		1	CMV seroconversion during pregnancy, antiviral medication	0		1	Scoliosis, microcephaly, Diffuse abnormalities of the white matter	2	1	0
14	1	3		1	Prolonged labor, nuchal cord	0		0		0	0	0
15	1	3		0		0		0		0	0	0
16	1	3		1	Gestational diabetes, Chorioamnionitis treated by ATB, FCRA	0		0		0	0	0
17	2	3		1	IUGR, nuchal cord	0		1	Supernumerary digit, hypospadias, dental agenesis	0	0	0
18	2	3	LHPL5 mutation	0		1	Brother: ASD and HL	0		2	0	0
19	2	3	GATA3 mutation	1	Cesarean section birth, low birth weight	0		1	Facial dysmorphism, hypoparathyroidism, nephropathy	1	0	1
20	2	3	CHARGE	1	Preterm birth (twin pregnancy)	0		1	Left eye coloboma, laryngomalacia, gastrostomy	2	1	1
21	2	3	CHARGE	0		0		1	Micropenis, cryptorchidism, patent ductus arteriosus, choanal atresia	2	1	1
22	0	3	CHARGE	1	Preterm birth (PRM) at 34 WA, oligohydramnios	0		1	Moderate retrognathism, asymmetric outer ear malformations, bilateral coloboma, choanal atresia	2	1	1

ATB: Antibiotics; ASD: Autism Spectrum Disorder; CMV: Cytomegalovirus; FCRA: Fetal Cardiac Rhythm Abnormality; HL: Hearing Loss; IUGR: Intrauterine Growth Retardation; MRI: Magnetic Resonance Imaging; NDD: Neurodevelopmental Disorder; PRM: Preterm Rupture of Membranes; T1: first trimester of pregnancy; CT-scan: Computed Tomography scan; WA: Weeks of Amenorrhea.

0 = No/absence; 1 = yes/presence.

^a 0: normal; 1: vestibular hyporeflexia; 2: vestibular areflexia.

References

- [1] D.R. Friedmann, K.M. Tona, J.T. Roland, E.R. Spitzer, S.B. Waltzman, Cochlear implantation in children under 12 months: prevalence and implications of "hidden" disabilities, *Cochlear Implants Int.* 21 (6) (2020 Nov) 307–312.
- [2] J. Meinzen-Derr, S. Wiley, S. Bishop, P. Manning-Courtney, D.I. Choo, D. Murray, Autism spectrum disorders in 24 children who are deaf or hard of hearing, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 78 (1) (2014 Jan) 112–118.
- [3] W. Jones, A. Klin, Attention to eyes is present but in decline in 2–6 Month-olds later diagnosed with autism, *Nature* 504 (7480) (2013 Dec 19) 427–431.
- [4] P.S. Douglas, Pre-emptive Intervention for Autism Spectrum Disorder: Theoretical Foundations and Clinical Translation, *Front Integr Neurosci*, 2019, 0. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnint.2019.00066/full>.
- [5] N. Loundon, C. Favrot-Meunier, A. Roy, J. Carriço, A. de Clerck, Z. Berrada, et al., Difficultés d'organisation corporelle chez certains bébés sourds : évaluation du risque d'autisme et prise en charge transdisciplinaire, in: *Le corps sensori-moteur du bébé à risque*, Èrès, Toulouse, 2022, pp. 175–213 (Psychanalyse - Poche).

- [6] B. Olliac, G. Crespin, M.C. Laznik, O. Cherif Idrissi El Ganouni, J.L. Sarradet, C. Bauby, et al., Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid, in: M. Botbol (Ed.), *PLoS One* 12 (12) (2017 Dec 7), e0188831.
- [7] F. Muratori, F. Apicella, S. Maestro, Corps et motricité comme véhicule ou obstacle pour le développement de l'intersubjectivité chez les bébés devenus autistes, in: *L'enfant autiste et son corps Une approche psychomotrice de l'autisme infantile*, Press, 2016 (Cliniques psychomotrices).
- [8] A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Érès, 2007.
- [9] L. Ouss-Ryngaert, L. Alvarez, A. Boissel, Autisme et prématurité : état des lieux, *Arch. Pédiatr.* 19 (9) (2012 Sep) 970–975.
- [10] V. Abadie, P. Hamiaux, S. Ragot, M. Legendre, G. Malecot, A. Burtin, et al., Should autism spectrum disorder be considered part of CHARGE syndrome? A cross-sectional study of 46 patients, *Orphanet J. Rare Dis.* 15 (1) (2020 Dec) 136.
- [11] U. Löfkvist, L. Anmyr, C. Henricson, E. Karltorp, Executive functions, pragmatic skills, and mental health in children with congenital Cytomegalovirus (CMV) infection with cochlear implants: a pilot study, *Front. Psychol.* 10 (2019) 2808.
- [12] N.B. Leezenbaum, J.M. Iverson, Trajectories of posture development in infants with and without familial risk for autism spectrum disorder, *J. Autism Dev. Disord.* 49 (8) (2019 Aug) 3257–3277.
- [13] A.M. Chilosi, A. Comparini, M.F. Scusa, S. Berrettini, F. Forli, R. Battini, et al., Neurodevelopmental disorders in children with severe to profound sensorineural hearing loss: a clinical study; neurodevelopmental Disorders in Children with SNHL, *Dev. Med. Child Neurol.* 52 (9) (2010 Sep) 856–862.

Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ?

Réflexions à partir de deux cas de surdité infantile avec comorbidités, troubles de la communication et des interactions sociales

Aurélie de Clerck, Claire Favrot-Meunier, Marco Fernandes Veloso, Sabrina Da Costa, Caroline Rebichon, Édith Thoueille, Erika Parlato-Oliveira

DANS **CONTRASTE** 2022/1 (N° 55), PAGES 201 À 225
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1254-7689

ISBN 9782749272887

DOI 10.3917/cont.055.0201

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2022-1-page-201.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Trouble de l'attachement, trouble du neurodéveloppement ?

Réflexions à partir de deux cas
de surdité infantile avec comorbidités,
troubles de la communication
et des interactions sociales

Aurélie de Clerck, Claire Favrot-Meunier,
Marco Fernandes Veloso, Sabrina Da Costa,
Caroline Rebichon, Édith Thoueille,
Erika Parlato-Oliveira

Résumé

Après une revue de la littérature concernant l'attachement chez l'enfant sourd, nous présentons une réflexion sur l'apport de ce modèle théorique pour mieux comprendre la clinique hétérogène et singulière de la surdité infantile avec comorbidités. À partir de deux situations issues de cette clinique, nous interrogeons

Aurélie de Clerck, psychologue clinicienne, doctorante en psychopathologie et psychanalyse (université de Paris), CAMSP Le Moulin Vert, 192 rue Lecourbe, 75015 Paris, aureliedeclerck@gmail.com

Claire Favrot-Meunier, pédopsychiatre praticien hospitalier à l'UTES, psychanalyste à l'ALI, 64 rue de la Glacière, 75013 Paris, favrotmeunier.claire@gmail.com

.../...

l'intrication des troubles d'attachement et des troubles du neurodéveloppement dans cette population. Partant d'un référentiel théorique psychanalytique, cette étude de la théorie de l'attachement a permis un renouvellement de notre questionnement clinique.

Mots-clés

Surdité infantile, comorbidités, attachement, trouble du neurodéveloppement, prévention, troubles des interactions sociales.

Écrire un article sur l'attachement chez l'enfant sourd est venu interroger nos axes de réflexions théoriques et cliniques habituels : d'une part, nos référentiels sont surtout issus des connaissances sur le neurodéveloppement et du corpus psychanalytique ; d'autre part, la population d'enfants sourds auprès de laquelle nous travaillons présente très fréquemment une surdité avec comorbidités. Or, ces enfants sourds avec troubles associés ne sont pas représentatifs de la population atteinte de surdité infantile car ils n'en constituent qu'une partie (70 % d'enfants atteints de surdité neurosensorielle isolée et environ 30 % d'enfants atteints de surdité neurosensorielle avec comorbidités).

Toutefois, la lecture des travaux sur l'attachement, en particulier l'école française (Guédeney, 2007 ; Guédeney et coll., 2016 ; Dugravier et Barbey-Mintz, 2015) ont remis en question nos « certitudes » (et tant mieux !) et ouvert de nouvelles pistes de travail, d'autant plus que deux cas

.../...

Marco Fernandes Veloso, stagiaire psychologue, étudiant en psychologie clinique (master 2 à l'université de Paris), 7 Jardin du Cardinal de Richelieu, 94220 Charenton-le-Pont, Marco.fernandesveloso3@gmail.com

Sabrina Da Costa, éducatrice de jeunes enfants, étudiante à l'EPHEP, 29 rue Hippolyte-Maindron, 75014 Paris, s_dacosta@live.fr

Caroline Rebichon, psychologue clinicienne, service ORL de l'hôpital Necker-Enfants malades, 149 rue de Sévres, 75015 Paris, caroline.rebichon@aphp.fr

Édith Thoueille, infirmière puéricultrice, ancienne directrice et cofondatrice du SAPPH, Formatrice NBAS habilitée par l'Institut Brazelton, 146 rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, edith.thoueille@gmail.com

Erika Parlato-Oliveira, psychanalyste, MCF-HDR, directrice de thèse à l'université de Paris, membre du CRPMS, 119 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, eparlato@hotmail.com

de bébés sourds avec comorbidités et troubles des interactions nous ont semblé illustrer tout ce que la théorie de l'attachement pouvait apporter pour éclairer les difficultés relationnelles et émotionnelles de ces bébés.

Ces cas cliniques résonneront en premier lieu avec l'enseignement de Nicole Guédeney (2007) venant insister sur le fait qu'un trouble de l'attachement (attachement insécuré ou désorganisé) ne peut pas à lui seul générer un trouble psychopathologique sévère (a fortiori des troubles psychiatriques) mais qu'il peut y contribuer en se cumulant à d'autres fragilités du développement. Nicole Guédeney rappelle également que le lien d'attachement est un lien émotionnel unique, irremplaçable, déclenché par la nécessité de répondre aux situations de détresse ou signaux d'alarme du bébé. L'adaptation des réponses du *caregiver* permettra l'établissement d'un lien de proximité et d'une sécurité de base qui serviront au bébé pour explorer le monde.

Les deux cas sur lesquels nous nous appuyerons concernent des bébés qui ont connu des situations de détresse particulièrement intenses et complexes. Nous tenterons à l'aide de ces observations cliniques d'illustrer la complexité que peuvent prendre le développement, la communication et les interactions pour un certain profil de bébés sourds. La théorie de l'attachement se révélera être un outil passionnant pour apporter des réponses concrètes et relancer le diagnostic psychopathologique.

Données générales sur la surdité

La surdité infantile est un champ important et complexe du handicap de l'enfant. Elle concerne aujourd'hui en France un cas sur 1000. Deux événements majeurs en ont modifié la prise en charge. Il s'agit tout d'abord des possibilités de réhabilitation de l'audition qu'offre l'implantation cochléaire très précoce, et aussi de l'application du dépistage néonatal en maternité à J2, depuis 2012. Ces deux avancées technologiques et médicales modifient profondément le paysage médical et sociologique de la surdité infantile, mais seulement depuis une période toute récente.

Rappelons aussi que les connaissances scientifiques les plus actuelles sur le neurodéveloppement sont essentielles à prendre en compte pour étudier le développement du cerveau social, les interactions précoces et la mise en place des dynamiques d'attachement. Nous verrons que ce développement est plus à risque chez les bébés sourds. En effet, on estime qu'environ 30 % des surdités présentent des comorbidités (Chilosi et coll., 2010 ; Kellogg et coll., 2014 ; Szymanski et Brice, 2008 ; Szymanski et coll., 2012). La prévalence de troubles autistiques chez les enfants sourds est reconnue comme étant supérieure à celle de la population générale : selon les études, on retrouve des chiffres allant de 4 à 9 % (VanDam et Yoshinaga-Itano, 2019).

Notre contribution concernant « théorie de l'attachement et surdité » mettra en évidence l'intérêt, la richesse de ce champ ainsi que la nécessité de l'étudier plus en profondeur en tenant compte des évolutions dans le domaine de la surdité et de l'hétérogénéité clinique de cette population, en particulier les enfants sourds avec troubles associés.

Revue de la littérature : attachement et surdité infantile, attachement et surdité infantile avec comorbidités

En partant d'une réflexion sur « attachement et handicap » nous avons sélectionné les données en lien avec la surdité. Dans cette revue de la littérature nous présenterons une synthèse des études expérimentales qui ont eu recours au paradigme de la *strange situation* (SSP) de Ainsworth chez l'enfant sourd, principalement par des équipes de recherche américaines. La plupart de ces études distinguent les situations cliniques d'enfants sourds avec troubles associés, qui sont exclus des cohortes de recherche d'enfants sourds. On ne retrouve pas d'études sur l'attachement portant sur la population des enfants sourds avec comorbidités. Puis nous mentionnerons des écrits de cliniciens dans le domaine de la surdité.

Études de cohortes ayant utilisé des protocoles de mesures de l'attachement chez les enfants sourds

Les études les plus anciennes mentionnées dans la littérature sont celles de Greenberg et Marvin (1979) qui ont établi une corrélation entre attachement et niveau de communication, et celles de Meadow, Greenberg et Erting (1983), qui comparent l'attachement entre dyades sourdes et dyades entendants (citées par Meadow-Orlans et Sanford Koester, 2004).

En 1990, Lederberg et Mobley ont, quant à eux, étudié 41 dyades enfants sourds/mères entendants et enfants entendants/mères entendants, en utilisant le protocole de la SSP, ainsi qu'un temps de jeu libre. Les enfants étaient âgés de 18 à 25 mois. Les résultats retrouvés ne constatent pas de différences entre les deux groupes, aussi bien pour la sécurité de l'attachement que pour les comportements des jeunes enfants et de leurs mères. Les auteurs concluent que le développement d'un attachement sécurisé et le maintien d'une bonne relation parents-enfant ne sont pas fonction d'un développement langagier normal durant les premières années de la petite enfance, mais plutôt des compétences de la mère à répondre aux besoins de son enfant.

En 2004 Meadow-Orlans, Spencer et Sanford Koester publient *The World of the Deaf Infant*, un ouvrage qui compile les résultats d'une vaste recherche longitudinale réalisée au sein de l'Université Gallaudet à Washington. Pour cette recherche, qui s'est étendue de 1987 à 1994, une cohorte de 80 dyades parents (sourds ou entendants)/enfants (sourds ou entendants) a été recrutée. Plusieurs études ont été réalisées au fil de ces années, à partir de cette cohorte. Divers protocoles ont été utilisés, impliquant souvent l'analyse de vidéos d'interactions mère-enfant comme outil méthodologique. Il est précisé que les enfants sourds présentant des troubles associés ont été écartés de la cohorte.

L'une de ces études porte sur l'attachement chez les enfants sourds, réalisée par Meadow-Orlans et Sanford Koester (2004). Elles ont étudié l'attachement au sein de 75 dyades avec des enfants âgés de

18 mois, réparties en quatre groupes appariés selon les quatre combinaisons possibles en fonction du statut auditif de la mère et de l'enfant. Concernant les catégories d'attachement, leurs résultats n'indiquent pas de différence statistiquement significative selon le statut auditif du parent et de l'enfant. Cependant, l'analyse qualitative des comportements interactifs (recherche de proximité, maintien du contact, résistance, évitement) observés lors de la SSP leur permet de repérer que les bébés sourds de mères entendantes sont plus souvent évitants après la première « retrouvaille », que ceux des trois autres groupes. Cela peut indiquer un risque accru de perturbation relationnelle. Ainsi, comme Colin (1996), Sanford Koester et Meadows-Orlans se demandent si une hyperstimulation parentale peut mener à un évitement. Elles mentionnent une autre explication qui serait la difficulté du bébé sourd à établir une communication de qualité avec son parent entendant, même si d'autres moyens de réconfort adaptés permettent néanmoins d'établir une relation positive.

Elles retrouvent aussi plus souvent un attachement sécure dans les dyades mères entendantes *versus* mères sourdes. Leur interprétation des résultats les amène à questionner les attentes éducatives des mères sourdes. Celles-ci soutiendraient la recherche d'indépendance et d'autonomie de leur enfant, ce qui expliquerait que les bébés de mères sourdes manifestent peu de comportements de recherche de proximité après les séparations.

Dans un autre ouvrage, Sanford Koester et McCray (2011) confirment que la surdité de l'enfant n'a pas nécessairement d'effets négatifs sur l'attachement et le comportement maternel affectif. Selon elles, la plupart des parents montrent des capacités de résilience et, avec un soutien professionnel adapté, peuvent surmonter l'annonce du diagnostic de surdité et maintenir un *caregiving* de qualité suffisante pour ne pas avoir d'effets négatifs à long terme sur la relation d'attachement parents-enfant, même si, dans certains cas, on constate que ce processus de résolution du traumatisme de l'annonce peut prendre plus de temps, notamment pour les parents entendants d'enfants sourds. Dans les dyades parents sourds/enfants sourds, Sanford Koester et McCray

constatent une plus grande fluidité de communication qui favorise l'ajustement parental et des relations parents-enfant gratifiantes.

Dans leur chapitre, elles détaillent une étude, réalisée par Hadadian (1995), d'une cohorte de trente enfants sourds, âgés de 20 mois à 5 ans, avec leurs parents entendants, qui établit un lien entre l'anxiété et l'ambivalence parentale vis-à-vis de la surdité, et des styles d'attachement moins sécurés pour leur enfant sourd. Les deux outils d'évaluation utilisés pour cette étude ont été, d'une part, l'Attachement Q-Set, une échelle d'évaluation des attitudes vis-à-vis de la surdité, et, d'autre part, des entretiens parentaux. Une corrélation négative est retrouvée entre l'attitude des parents vis-à-vis de la surdité et les scores d'attachement de leur enfant sourd. Des différences sont aussi retrouvées entre les dyades mère-enfant/père-enfant. L'auteur met en avant la nécessité d'impliquer les pères dans les études sur l'attachement, et l'importance d'une participation active des pères dans les programmes d'intervention précoce.

Dans un autre chapitre de cet ouvrage, Thomson et coll. (2011) présentent une revue critique des études sur l'attachement des enfants sourds. Selon eux, il y a un manque d'études sur l'attachement des enfants sourds. Peu d'études se sont réellement intéressées à la mesure d'attachement en tant que telle. De fait, la majorité des études se sont plutôt penchées sur les caractéristiques des mères et des bébés sourds ainsi que sur les comportements et la qualité d'interaction dans la dyade. Thomson et coll. font référence à l'ouvrage de Marschark (1993), dans lequel ce dernier remet en question la validité du paradigme de la situation étrange pour l'évaluation de l'attachement chez l'enfant sourd. Selon lui, si le bébé sourd ne perçoit pas les bruits liés au départ de sa mère, il se peut qu'il éprouve un stress plus intense au moment où il prend conscience de son absence. Aussi, le bébé sourd peut ne pas encore avoir développé les moyens de compensation visuelle pour garder une vigilance vis-à-vis de l'environnement. Marschark émet l'hypothèse que les bébés sourds sont peut-être moins souvent laissés seuls car ils peuvent moins facilement percevoir les bruits de la présence, à distance, de leur parent.

Attachement, handicap et surdité : l'apport des cliniciens de terrain

L'annonce du handicap d'un enfant représente un traumatisme pour les parents. Korff-Sausse (1996) et Pianta et coll. (1996) ont étudié les effets du traumatisme de l'annonce du handicap d'un enfant sur le *caregiver* en étudiant la possibilité pour les parents de retrouver une disponibilité vis-à-vis de leur enfant et une capacité de s'adapter à ses besoins.

Les concepts de la théorie de l'attachement pour comprendre le retentissement de la situation de handicap de l'enfant sur les deux versants principalement étudiés dans la théorie de l'attachement – les comportements parentaux (le *caregiving*) et le processus d'attachement – ont été étudiés par Lahouel-Zaier (2018). Elle souligne la qualité du *caregiving* comme un élément central dans la mise en place de l'attachement. Elle se place du point de vue de l'enfant, et mentionne les effets du handicap en lui-même, qui peut altérer l'expression des comportements d'attachement. Cela peut avoir un effet sur la clarté des signaux adressés au *caregiver*, lequel peut avoir du mal à les percevoir et les interpréter.

Dans son article, elle s'intéresse notamment au cas de l'attachement chez les enfants sourds. Concernant le versant parental, elle mentionne le stress lié au diagnostic de surdité de l'enfant, et les difficultés d'ajustement des parents dans la communication avec celui-ci. Sur le versant de l'enfant, celui-ci peut ne pas avoir conscience de sa voix dans la communication comme moyen d'obtenir l'attention de son parent. Enfin, la surdité implique que le réconfort par la voix maternelle est entravé, risquant d'augmenter l'angoisse de séparation.

Par ailleurs, dans la littérature française, la question de l'attachement est abordée dans les écrits des cliniciens de la surdité. Dans le chapitre sur la psychopathologie précoce chez l'enfant sourd, au sein de l'ouvrage *Psychologie de la surdité* (1996) Virole et Delaroche précisent qu'ils mettent de côté les situations de surdité avec handicaps associés. Ils s'intéressent aux facteurs qui entrent en jeu dans le développement psychique de l'enfant sourd, et énoncent l'hypothèse que la surdité

génère un dysfonctionnement précoce des liens d'attachement, amplifié par l'annonce du diagnostic.

En amont de la mise en place du dépistage néonatal de la surdité, Madillo-Bernard (2007) propose une réflexion sur la théorie de l'attachement chez l'enfant sourd, relayant l'inquiétude de nombreux professionnels du champ psychique en surdité. Elle mentionne les difficultés relationnelles importantes qui peuvent exister entre parents entendants et enfant sourd, liées aux difficultés de communication, notamment lorsque le diagnostic est tardif (l'âge moyen du diagnostic à cette époque était de 17 mois). Elle mentionne l'impact parfois délétère de ces difficultés, pouvant aller jusqu'à des troubles psychopathologiques. Elle fait aussi référence au traumatisme de l'annonce du handicap et au risque que l'enfant soit confondu avec son handicap, non investi comme « être de langage », ce qui fragilise les liens parents-enfant.

Les études expérimentales n'ont pas mis en évidence de perturbation significative de l'attachement dans les cas de surdité, mais relèvent qualitativement des signes de fragilité. Les cliniciens observent également des signes d'insécurité de l'attachement et posent des hypothèses cliniques établissant un lien entre vulnérabilité pédopsychiatrique et attachement.

En conclusion, la revue de la littérature relève un manque d'études récentes évaluant le lien d'attachement selon la théorie de l'attachement et les types d'attachement possibles. Et pourtant la mise en place des liens entre un bébé sourd et ses parents soulèvent chez les professionnels des questions récurrentes. D'autre part, le paysage de la surdité infantile a été profondément modifié, ces dernières années, par la technique de l'implantation cochléaire et le dépistage néonatal précoce. Ainsi, cela mériterait de reprendre rigoureusement les études avec ces nouvelles données, ce d'autant qu'un certain nombre de cliniciens de la surdité craignaient que le dépistage puis le diagnostic très précoce et l'implantation puissent perturber les interactions précoces du bébé avec ses parents.

Si nous manquons de données scientifiques récentes, et aussi d'observations dans notre propre clinique sur la dynamique des liens d'attachement chez les enfants sourds, en revanche deux cas cliniques issus d'un travail pilote d'observation du développement nous ont fourni une autre raison de nous convaincre de l'apport de la théorie de l'attachement, tant sur un plan de l'apport diagnostique que sur celui de l'apport thérapeutique. Comme il a été dit dans l'introduction, ce sont deux situations cliniques de bébés sourds avec comorbidités, présentant des troubles de la relation.

Dispositif pilote de repérage et prévention précoce des difficultés développementales à partir d'un partenariat entre un service d'audiophonologie et un CMP surdité

L'UTES (unité thérapeutique pour enfants et adolescents sourds) et le service ORL de l'hôpital Necker-Enfants malades ont mis en place un partenariat permettant de réaliser précocement des observations conjointes de bébés ayant reçu un diagnostic de surdité, dans le cadre du bilan de la surdité. Cette démarche vise à dépister les bébés à risque de troubles du neurodéveloppement (TND), mais aussi à d'autres risques de complications psychopathologiques.

Le travail d'observation est le plus souvent filmé avec l'accord des parents, ce qui permet un travail de microanalyse qualitative, en particulier à l'aide de la grille OLLIAC-PRÉAUT (Olliac et coll., 2017). Cette analyse qualitative recherche des signes d'alerte relationnels et de fragilité d'organisation corporelle et sensori-motrice. Elle nous aide à mieux caractériser les profils développementaux des bébés sourds de cette cohorte. Cela fait apparaître en premier lieu que cette population comporte des profils développementaux complexes, pour lesquels la surdité n'est pas toujours la seule particularité clinique. Il nous semble indispensable de le souligner dans cet article, car c'est probablement un facteur-clé pour comprendre l'hétérogénéité développementale et psychopathologique de ces bébés, facteur de complexité

encore insuffisamment précisé dans les recherches, avec une tendance à ne prendre en compte que les facteurs surdité et familial et non les contextes médicaux et syndromiques qui peuvent être associés.

Ainsi, l'utilisation de la grille OLLIAC-PRÉAUT et l'analyse des repères corporels et d'intégration sensorielle selon les critères d'André Bullinger ont permis une première répartition qualitative.

Pour rappel, la grille OLLIAC-PRÉAUT s'appuie sur la théorie psychanalytique des pulsions et souligne si le bébé cherche à « se faire » l'objet du plaisir de son parent, à susciter sa joie, à se mettre au centre de la relation, en « appelant » son parent par la voix, par le regard, par le corps. Cela permet de repérer les bébés qui n'ont pas cette appétence relationnelle spontanée et sont à risque de TND ou de retard mental (RM) sévère.

Pour autant, l'utilisation de ces critères ne nous semble pas pouvoir rendre compte de toutes les particularités symptomatiques que nous avons pu observer. Et c'est en cela que l'utilisation de la théorie de l'attachement nous paraît très intéressante pour savoir si elle pourrait mieux éclairer certaines difficultés dans les interactions et les comportements de plusieurs bébés sourds.

Vignettes cliniques

Fabio

Anamnèse

Fabio est le premier enfant du couple, né d'une FIV. Les parents ont rapidement des doutes concernant son audition ; une surdité profonde bilatérale congénitale est finalement diagnostiquée lorsque Fabio est âgé de 4 mois, surdité associée à une aréflexie vestibulaire gauche dans un contexte d'infection materno-foetale à CMV. Devant un trop faible apport des prothèses auditives conventionnelles, Fabio bénéficiera à l'âge de 12 mois d'une bi-implantation cochléaire.

Ainsi, à la même période, les parents, en particulier la mère, sont fragilisés par des annonces traumatiques successives : celle concernant la fertilité, celle de la surdité puis du CMV. Un contexte qui conduira finalement les parents à différer leur désir de seconde grossesse. Des annonces qui pour la mère font en même temps écho à son propre vécu du handicap puisqu'elle explique avoir un père lourdement handicapé des suites d'un accident de voiture.

Pendant les entretiens avec M^{me} R., psychologue du service ORL, la mère évoque également ses inquiétudes relatives à ce contexte de surdité et de CMV, dont elle sait les enjeux et les risques potentiels sur le développement global de son fils, des inquiétudes qui progressivement nourrissent le développement d'une relation mère-fils marquée par une hyperprotection anxieuse.

Si Fabio progresse, des inquiétudes de la part des parents et de M^{me} R. planent sur la qualité de ses interactions sociales : existence de comportements atypiques (alignements d'objets, jeux répétitifs), ainsi que de colères régulières et de forte intensité durant lesquelles les parents disent leur impuissance à apaiser leur fils (pleurs avec détresse, enfant en hyperextension, fuite du regard parfois). Ces signes peuvent survenir souvent en situation de frustration mais aussi au moment du coucher ou à la suite d'une émotion intense même positive.

Les parents rapportent également l'existence de troubles récurrents du sommeil depuis que Fabio est nourrisson et en particulier depuis l'arrêt de l'emballage (coucher soumis à de nombreux rituels, endormissement dans les bras du parent, besoin d'être entouré de traversins et de la pleine lumière, sommeil agité, insomnies gaies).

Ils sont interpellés également par l'instabilité psychomotrice dont fait preuve leur fils par ailleurs décrit comme infatigable, se mettant volontiers en danger et en apparence insensible à la douleur alors qu'il peut parallèlement montrer une hypersensibilité tactile et gustative. Les parents font alors le lien avec un petit cousin de la mère diagnostiqué avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), et les professionnels également avec l'aréflexie vestibulaire unilatérale.

Parallèlement, les parents évoquent le besoin d'anticipation chez Fabio, sa difficulté aussi à lâcher prise, ainsi que des angoisses aux séparations ou lorsque le parent se situe hors de son champ de vision parce que dans une autre pièce ou derrière une porte fermée.

Devant ces signes comportementaux complexes, M^{me} R. propose un rendez-vous dans le cadre du dispositif de consultation d'observation du développement filmée avec le docteur F.

Première consultation conjointe

Lors de cette première consultation conjointe, Fabio a 15 mois. L'observation clinique nous fait écarter un trouble du spectre autistique (TSA) en cours de constitution : en effet, Fabio se retourne à l'appel de son prénom, présente des signes d'appétence relationnelle spontanés avec intégration du regard aux autres signes de communication. Il montre aussi quelque intérêt pour des objets sociaux et utilise les objets de manière imaginaire et symbolique et sans les détourner (fait le bruit de la voiture et la fait rouler, imite le bruit du cheval, offre une tasse de café, confie les animaux à M^{me} R. ou à son père). Il jubile également lors des comptines corporelles. Toutefois, les jeux sont relativement pauvres et répétitifs pour son âge et ont besoin d'être soutenus. La psychologue du service et le docteur F. souligneront aussi le facteur anxieux de Fabio pouvant entretenir les rigidités et les ritualisations.

La consultation mettra aussi en évidence les facteurs d'instabilité et la fragilité de l'organisation corporelle : respiration haute, tonus très élevé, difficulté à se poser, passant d'un interlocuteur à l'autre, comme si Fabio ne pouvait pas se poser vraiment, ni être contenu par les échanges.

Ces signes corporels associés à une plagiocéphalie séquellaire, une sélectivité alimentaire et des irritabilités sensorielles, ainsi qu'une organisation corporelle fragile, nous inciteront à proposer en premier lieu des rendez-vous avec un ostéopathe pour apaiser les tensions et soulager le système digestif. Lors des premières séances d'ostéopathie, Fabio aura beaucoup de mal à se laisser toucher la tête puis petit à petit, il amènera la main du thérapeute sur cette partie de lui, très tendue ayant

besoin d'être relâchée. L'ostéopathe diagnostiquera une gêne digestive importante et un possible reflux.

Cela permettra aux parents de comprendre que leur bébé, lorsqu'il était dans leurs bras, ne les rejetait pas quand il se jetait en arrière mais qu'il avait mal !

Deuxième consultation conjointe

Cette deuxième consultation est demandée par les parents lorsque Fabio a 30 mois ; ils se sentent en effet démunis face à l'apparition de « crises » récurrentes et rapprochées et de troubles du sommeil.

En effet, Fabio exprime des comportements qui épuisent les parents : ses problèmes de sommeil ont augmenté malgré la prescription d'un traitement par Atarax Mélatonine, il refuse aussi de quitter ses implants cochléaires la nuit, ce qui pose un problème pour assurer leur entretien quotidien. Il veut rejoindre le lit parental.

À côté des « crises » fréquentes « ingérables », Fabio a toujours des « caprices alimentaires ». De surcroît, la maman est sur le point d'accoucher. À ce propos d'ailleurs, les parents rapportent que lorsque, au quatrième mois de grossesse, ils ont annoncé à Fabio que sa maman attendait un bébé, il leur a répondu qu'il continuerait lui de dormir dans leur lit et que le bébé dormirait dans sa chambre.

Tandis que les parents décrivent les symptômes qui les préoccupent, Fabio joue avec le docteur F. tout en restant aussi attentif à la conversation de ses parents avec M^{me} R., et ses réactions seront très intéressantes. Par exemple, il viendra se mettre entre ses deux parents, lorsque ceux-ci parlent de leur fatigue et du fait qu'ils sont démunis par les crises de leur petit garçon.

Nous notons que Fabio parle uniquement par voyelles, avec un jargon expressif et intonatif, et utilise des signes de la langue des signes française (LSF) qu'il détache, « a a u e », en faisant le signe LSF « garçon ». Sa maman traduit : « toi tu es un grand garçon ». Fabio répond distinctement « oui » en regardant sa mère. Ce n'est pas un babillage, ce sont des énoncés sans consonnes.

- « i i a a » : maman va voir un bébé... car associé aux signes accoucher et bébé

Par contre il dit « papa »

- « Papa y ai » (tu m'aides) ?

Le verbatim des parents sur les « crises » et les comportements est très précis et permet à notre sens de se poser la question d'un trouble de l'attachement de type ambivalent-résistant :

- « Son ostéopathe dit qu'il y a encore beaucoup de travail au niveau de la tête. Il n'y a pas de lâcher prise. »

Puis, la mère décrit les problèmes de comportement :

- « Quand il est en crise, j'arrive même plus à le maintenir. » Elle précise : « Il se met dans un état, il se raidit mais vraiment, tout raide, refuse le contact visuel, se met en hyperextension, il est rouge, j'ai peur de lui faire mal car on peut même plus le maintenir. »

Elle continue en décrivant une crise :

- « Son père était au bout de la rue, à faire du vélo avec lui, moi je me reposais, il a fallu que je vienne au bout de la rue pour récupérer Fabio parce qu'il ne voulait plus avancer parce que j'étais pas là, mais quand je m'approchais, il me disait de partir. »

La mère se plaint d'une augmentation et d'un rapprochement des crises, « il est ingérable ».

Pendant qu'elle les détaille, Fabio se rapproche de ses parents pour leur dire des secrets à l'oreille, puis met en scène un petit camion conduit par un monsieur (papa) qui transporte dans sa benne une dame (maman) et un garçon. Il accepte la proposition du docteur F. d'y mettre aussi une petite sœur.

En revanche, son corps exprime des tensions au niveau du haut du buste, la tête est raide vers l'arrière, ne s'appuie pas sur le dossier, le dos est tendu.

Les parents évoquent aussi ses difficultés de sommeil et Fabio confirme qu'il a peur dans son lit : – “i a eu a o” (« il a peur Fabio »).

La consultation va être l'occasion pour Fabio et ses parents de mobiliser les questions autour de cet attachement problématique manifestement renforcé par la surdité et l'arrivée imminente d'un cadet. Fabio va particulièrement utiliser cet espace de parole pour mettre en scène ce qui se dit dans le jeu ou dans les va-et-vient entre ses parents et les thérapeutes.

Lorsque le père dit : « quand il a sa crise c'est impossible de le calmer », Fabio met le petit garçon en conducteur. Il fait rouler le camion en imitant le bruit avec une belle onomatopée typique. Dans cette situation de jeu, il peut ainsi verbaliser le besoin de garder le contrôle ou d'être grand et autonome. Cela devient une symbolisation et pourquoi pas un fantasme, ce qui pourrait lui permettre de lâcher prise pour s'abandonner à se faire consoler.

Ainsi Fabio ne va cesser de faire des liens et de s'appliquer à mettre en scène les scénarios d'attachement : c'est lui le papa ou la maman, et le docteur F. joue le petit garçon qui se fait « abandonner sur le bord de la route », ou c'est lui le petit garçon au volant du gros camion dans un scénario de toute-puissance. Fabio est très content du jeu et est dans la jubilation, il suscite l'intérêt du praticien par son jeu très significatif sur un plan fantasmatique. En effet, il a un grand plaisir à jouer tout en restant très attentif à ce qui se dit et en cherchant à récupérer l'attention de ses parents à certains moments-clés de leur discours. On peut constater qu'il s'agit d'un petit garçon sensible, anxieux, mais dans une relation neurotypique même si la communication reste difficile entre lui et ses figures d'attachement. On voit en revanche que les parents sont démunis par la force de leur petit garçon quand il se désorganise et éprouvent un sentiment d'impuissance à ne pas pouvoir répondre à la détresse de Fabio.

Un traitement médicamenteux du reflux gastro-oesophagien (RGO) réglera les troubles du sommeil. Il permettra également et entre autres aux parents de pouvoir jouer leur rôle de « prochain secourable »

(*Nebenmensch*), terme que Freud donne au *caregiver*, celui qui est en position de pouvoir donner les soins et finalement de sécuriser et d'apaiser la détresse de l'enfant et de contribuer à un attachement de bonne qualité.

Depuis cette dernière consultation, nous avons revu Fabio, les crises se sont espacées, le sommeil est bien meilleur.

Toutefois, pendant cette consultation, Fabio mettra en scène à l'aide de petits personnages, un scénario complexe autour d'une dévoration menaçante, autour également des problématiques d'abandon et du laisser tomber. Lorsqu'il ne sera pas compris, sa parole étant peu intelligible et soumise à la traduction maternelle, Fabio aura une réaction très intense, s'enfermant dans une « bouderie » hostile mutique, après avoir tenté de répéter plusieurs fois l'énoncé inintelligible. Seul le changement de partenaire de jeu (M^{me} R. remplace le docteur F.) permettra une détente et une reprise d'un scénario.

Les éclairages complémentaires aux observations conjointes sont très utiles pour rendre compte de la complexité de la situation développementale de Fabio.

Les derniers audiogrammes montrent une excellente réhabilitation avec des seuils entre 20 et 30 dB.

Le bilan orthophonique (tout d'abord) confirme l'écart entre le langage réceptif qui est dans la norme de son âge et le langage expressif très en deçà et uniquement composé de voyelles ce qui n'est pas habituel. Heureusement Fabio utilise aussi des signes de la LSF mais il n'est pas toujours en face d'interlocuteurs qui les comprennent et cela peut déclencher des « crises ».

Un bilan sensori-moteur Bullinger confirmera les fragilités d'organisation corporelle et les hypersensibilités sensorielles avec répercussion sur l'oralité. Cela implique que Fabio, qui se veut très autonome, prend beaucoup sur lui sur le plan exécutif. Cela a un coût.

Le travail sensori-moteur permettra d'aider Fabio à construire des points d'appui pour se stabiliser, trouver un équilibre moins coûteux,

aussi bien sur le plan tonico-émotionnel que praxique. Il permettra aussi de traiter les hypersensibilités sensorielles tactiles qui retentissent sur son alimentation et le plaisir à se laisser toucher. Depuis, Fabio a fait sa rentrée d'emblée en moyenne section de maternelle, cela ayant été proposé par l'équipe de soins spécialisés qui le prend en charge pour sa surdité au vu de ses très bonnes compétences non verbales et son entrée déjà prometteuse dans les apprentissages. C'est un taxi qui vient chercher Fabio ; la mère dit qu'il ne manifeste aucun signe à la séparation et s'en va comme un grand.

Conclusion

Cette observation permet de voir l'intrication entre le terrain complexe de la surdité de Fabio, ses fragilités développementales et les difficultés dans le lien d'attachement, en particulier maternel, les réponses de la mère ayant tendance à attribuer à l'enfant la responsabilité des problèmes sous forme de caprices, de rejet (sommeil, alimentation, besoin de réassurance), quand il s'agit de besoins réels.

L'analyse des problèmes un par un et les efforts de résolution concrète dans lesquels se sont beaucoup impliqués les parents (douleurs, tensions corporelles et troubles sensori-moteurs) ont notablement apaisé les relations, permettant à la fois aux parents la possibilité d'exercer leur place de *caregiving* (ou de *Nebenmensch*) et à Fabio de se sentir compris.

Malgré tout, les tensions peuvent revenir car l'équilibre de Fabio est fragile et son attachement de type ambivalent.

Seydou

Nous allons maintenant exposer la situation d'un petit garçon présentant une surdité dans un contexte néonatal très complexe combinant plusieurs facteurs de risque de TND. Il nous a semblé intéressant de reprendre les éléments de relation mère-enfant et de relation à l'autre, au regard de la théorie de l'attachement.

Seydou est un jeune garçon né prématurément d'une grossesse gémellaire (cerclée). Il est originaire de Côte d'Ivoire. Ses parents, tous deux

ivoiriens, vivant à Abidjan, ont eu plusieurs tentatives infructueuses pour avoir un enfant (dont un bébé né très prématurément et décédé). Cette grossesse gémellaire a été obtenue par FIV. Ils ont prévu d'aller accoucher aux États-Unis où ils ont de la famille. En transit en France, la maman consulte un gynécologue pour un contrôle ; celui-ci repère une menace d'accouchement prématuré et l'adresse en urgence dans une maternité de niveau III. Les deux bébés naissent avec une prématurité extrême, à 25 semaines. Seydou pèse 590 g. La sœur jumelle ne survivra pas. L'état de santé de Seydou est très préoccupant. Sa survie nécessite une intervention chirurgicale aux conséquences lourdes, impliquant un suivi au long cours. Cette décision engageait des choix éthiques importants, étant donné le contexte de l'arrivée « inopinée » de ces bébés sur le sol français, sans projet de vie pour la famille dans ce pays. L'opération est réalisée, Seydou survit. Il nécessite une aide respiratoire pendant toute sa première année de vie. Il est nourri plusieurs semaines par sonde nasogastrique. Il présente des séquelles neuromotrices et neurosensorielles. Une surdité sévère profonde est diagnostiquée. Il est appareillé par contours d'oreilles. Il présente aussi des séquelles neurovisuelles qui ne peuvent pas encore être précisées.

Seydou reste hospitalisé pendant huit mois, puis bénéficie d'un suivi en hospitalisation à domicile, et d'une orientation vers le CAMSP. Il sera suivi conjointement par le CAMSP et l'UTES.

Lorsque Seydou sort de l'hôpital, sa maman est hébergée à Paris dans l'appartement d'un ami de la famille. Le papa a dû repartir travailler en Côte d'Ivoire. Elle reste ainsi isolée en France pendant deux années, durant la période d'hospitalisation, puis dans cet appartement, seule avec Seydou. Le papa a pu faire des visites ponctuelles avant le confinement. Des membres de la famille de la maman, qu'elle va rencontrer occasionnellement, habitent dans la région parisienne.

Au CAMSP, la neuropédiatre est en demande d'un avis sur le plan psychologique et relationnel pour cet enfant qu'elle a suivi depuis la néonatalogie. Une première consultation psychologique avec M^{me} D. a lieu juste avant le confinement, alors que Seydou a 9 mois d'âge corrigé, 12 mois d'âge réel.

Il apparaît comme un petit garçon avec une insécurité affective très forte, se manifestant par un agrippement presque constant à sa maman, dont il ne s'éloigne presque pas. Il est sensible à son environnement, à la présence de l'autre. Son regard est très mobile avec une expression inquiète. Il est très tendu, ne peut rester allongé. Passant par l'hyperextension, il se redresse immédiatement et s'installe à genoux, en W, comme sur des ressorts. Ainsi, il peut se déplacer dans la pièce en vidant les caisses de jouets, sans réellement s'y intéresser. Il revient régulièrement grimper sur les genoux de sa maman, à laquelle il s'agrippe fermement. Les interactions et échanges avec sa mère, comme avec une autre personne, sont possibles mais fugaces. On constate son évitement du regard, des signes de retrait relationnel, des intérêts restreints et des jeux répétitifs. La nécessité d'une psychothérapie mère-enfant apparaît comme évidente.

Pendant le confinement, un partenariat étroit s'instaure entre l'UTES, l'hôpital et le CAMSP, avec des consultations en visio. Au fil du suivi de Seydou, la psychothérapie aura lieu sous diverses formes (visio, domicile, CAMSP), en lien avec les contraintes imposées par le contexte de pandémie. Le cadre théorique de cette psychothérapie a été pensé en référence à l'approche psychanalytique de Laznik pour les bébés à risque de TND, dans le but de soutenir les boucles pulsionnelles et relationnelles entre la maman et l'enfant.

Pendant la période de suivi à domicile, Seydou semble attendre l'arrivée de la psychologue, se précipite à quatre pattes vers la porte. Il va régulièrement vers la psychologue et s'intéresse au matériel qu'elle apporte. Il va aussi vers la fenêtre, comme s'il désirait aller dehors. Lorsque la psychologue part, il se précipite vers la porte et manifeste une curiosité pour ce qui se passe à l'extérieur. Une fois, alors qu'il va spontanément vers la psychologue, avec l'envie d'aller voir la cour, elle propose de sortir un instant. Il devient aussitôt craintif et s'éloigne, revenant vers sa mère.

Deux mois plus tard, le suivi se déroule alors régulièrement au CAMSP. Les séances sont filmées par M. F., un stagiaire sensibilisé à cette approche psychanalytique. Seydou manifeste du plaisir lorsqu'il

nous retrouve dans la salle d'attente, à son arrivée au CAMSP. Au bout de plusieurs semaines il vient spontanément dans les bras de la psychologue, et nous allons ensemble, avec M. F. et sa maman, dans le bureau. Quelques semaines plus tard, il accepte d'aller régulièrement dans les bras de M^{me} D., de faire un petit détour pour chercher du matériel dans le placard d'un couloir, avant de rejoindre sa maman dans la salle.

Dans le même temps, nous observons toujours son inquiétude lorsque la porte du bureau reste entrouverte, lorsque la psychologue sort du bureau un instant pour aller chercher du matériel. Cela peut être interprété au regard de son vécu néonatal. Par ailleurs, son hypervigilance aux mouvements peut également être liée aux moyens de compensation qu'il développe en rapport avec sa surdité. À noter que Seydou manifeste souvent des réactions auditives à des sons d'intensité même faible, ce qui interroge sur une hyperacousie.

À la fin de chaque séance, il va également s'agripper à sa mère, gémir, voire sangloter, s'il la voit remettre son manteau, ses chaussures, prendre son sac à main... Il comprend qu'elle part, mais ne semble pas certain qu'elle compte l'emmener avec elle. Pour rassurer Seydou, sa maman doit commencer par le préparer, avant de s'habiller elle-même.

Lors d'une séance, nous organisons un moment d'aparté avec la maman pour écouter son vécu de la période néonatale de Seydou : M^{me} D. lui propose de venir s'installer dans un coin de la pièce où sont installées deux chaises, tandis que Seydou peut rester de l'autre côté de la pièce, jouant avec M. F.

La maman doit se lever du tapis pour venir vers la chaise. Elle est préoccupée de l'inquiétude que ce déplacement va pouvoir provoquer chez son petit garçon, et reste figée un moment. Hésitante, elle semble attendre le bon moment pour se lever. Pendant ce temps, Seydou est occupé à jouer à un jeu de dinette que M. F. a engagé avec lui. Par l'observation des films on constate que, dès que la maman s'apprête à amorcer un mouvement pour se lever, Seydou va spontanément se tourner vers elle pour lui offrir quelque chose à boire ou à manger avec la

dînette, ce qu'elle accepte et qui a pour effet de la maintenir près de lui. On peut percevoir ce geste comme un mouvement pulsionnel envers sa mère, mais également comme un comportement d'attachement.

Une fois qu'elle est sur la chaise, Seydou se tourne dans notre direction. Il se dirige vers sa mère et vient se mettre contre sa jambe quelques secondes. Puis il revient spontanément vers M. F. et reprend avec lui le jeu. On a l'impression que, dès lors qu'il se saisit de la nouvelle configuration, il trouve une opportunité de tester, d'explorer. Il s'engage dans un jeu assez sonore et joyeux avec le stagiaire. Il joue à lui cacher les yeux avec ses mains, puis à les retirer pour qu'ils se regardent à nouveau. Après un temps de jeu, il s'éloigne en direction de sa mère, se retourne vers M. F., lui envoie un baiser, sourit et poursuit vers sa maman. Il répète cette action jusqu'à arriver aux pieds de sa mère ; par contre, cette fois-ci, il ne s'agrippe pas mais signifie simplement sa présence auprès d'elle. La maman et M^{me} D. interrompent alors un instant leur échange pour se tourner vers lui, il sourit simplement et revient volontiers vers le stagiaire pour reprendre leur jeu, sans se retourner vers sa mère.

On peut penser que Seydou utilise cette séance pour tester sa propre capacité à revenir vers sa figure d'attachement quand il le souhaite, tout en s'autorisant à explorer le monde sans craindre que sa mère ne disparaisse. Il est intéressant de constater que ces éléments relatifs à la mise en place de l'attachement ont pu être mobilisés dans cette psychothérapie, alors même que ce n'était pas le prisme théorique initial.

Ainsi, la symptomatologie relationnelle présentée par Seydou ne cesse de nous interroger. En cela il nous semble très intéressant de nous appuyer sur la théorie de l'attachement, en complément de l'apport psychanalytique de la théorie des pulsions, pour mieux comprendre l'intrication des différents facteurs qui permettent au sujet bébé de construire sa relation à l'autre et au monde qui l'entoure.

Conclusion

La population concernée par la surdité infantile est hétérogène et la prise en charge de la surdité a beaucoup évolué ces dernières années, que ce soit dans le champ du dépistage précoce ou dans celui de la réhabilitation de la surdité. Pour autant, il s'agit d'une population qui présente un risque de complications psychopathologiques plus élevé que la population générale.

La surdité en tant que telle étant susceptible d'affecter de manière très précoce les relations parents-enfant du fait des difficultés de communication et parfois de développement, l'accès à l'intersubjectivité a été étudié de longue date dans cette population, notamment les processus d'attachement. Toutefois, il reste difficile, à partir des travaux existants, de savoir si la surdité perturbe ou non l'attachement, alors que cette question paraît avoir un intérêt clinique certain.

En psychopathologie du développement de l'enfant sourd se pose aussi la question du diagnostic différentiel entre risque d'autisme et trouble de l'attachement. L'expérience montre que les situations peuvent vite se compliquer lorsqu'il existe des comorbidités qui induisent beaucoup de souffrance psychique de part et d'autre.

Cela vient illustrer les propos de Guédeney lors de sa conférence de 2007 dans le cadre de l'enfance, au sujet de l'insécurité de l'attachement et du risque psychopathologique : « L'attachement est juste un facteur de risque qui, avec d'autres facteurs de risques, accroît le risque de psychopathologie. Ce n'est pas un facteur de risque en soi, s'il n'y a pas d'autres facteurs de risques. »

De fait une compréhension à plusieurs niveaux de lecture met en lumière la complémentarité entre l'approche pulsionnelle et la théorie de l'attachement, tant comme outils de pensée pour le clinicien, que du point de vue de la construction psychique de l'enfant. Ainsi, si une psychothérapie (suite au repérage avec la grille OLLIAC-PRÉAUT) vient soutenir l'appétence relationnelle du bébé sourd, et la mise en place de boucles pulsionnelles parents-bébé, cela aura des effets favorables pour la qualité de mise en place des liens d'attachement.

Bibliographie

- CHILOSI, A.M. ; COMPARINI, A. ; SCUSA, M.F., et coll. 2010. « Neurodevelopmental disorders in children with severe to profound sensorineural hearing loss: A clinical study », *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52, p. 856-862.
- COLIN, V.L. 1996. *Human Attachment*, Philadelphie, Temple University Press.
- DUGRAVIER, R. ; BARBEY-MINTZ, A.-S. 2015. « Origines et concepts de la théorie de l'attachement », *enfances&PSY*, 66, p. 14-22.
- GUÉDENEY, N. 2007. *L'attachement chez le bébé* [Cycle L'enfance]. Palais de la Découverte-Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris, France, 20 décembre, <https://www.franceculture.fr/conferences/palais-de-la-decouverte-et-cite-des-sciences-et-de-lindustrie/lattachement-chez-le-bebe>
- GUÉDENEY, N. ; GUÉDENEY, A. ; TERENO, S. 2016. *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, Paris, Elsevier Masson, 2021.
- HADADIAN, A. 1995. « Attitudes toward deafness and security of attachment relationships among young deaf children and their parents », *Early Education and Development*, 6(2), p. 181-191, https://doi.org/10.1207/s15566935eed0602_6
- KELLOGG, E.C. ; TRASHER, E. ; YOSHINAGA-ITANO, C. 2014. « Early predictors of autism in young children who are deaf or hard of hearing: Three longitudinal case studies », *Seminars in Speech and Language*, 35(4), p. 256-287.
- KORFF-SAUSSE, S. 1996. *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Hachette Pluriel Éditions, 2010.
- LAHOUEL-ZAIER, W. 2018. « Processus d'attachement dans le contexte du handicap », *Contraste*, 48, p. 163-180.
- LEDERBERG, A.R. ; MOBLEY, C.E. 1990. « The effect of hearing impairment on the quality of attachment and mother-toddler interaction », *Child Development*, 61, p. 1596-1604, <https://doi.org/10.2307/1130767>
- MADILLO-BERNARD, M. 2007. « Réflexion autour du dépistage précoce de la surdité au regard de la théorie de l'attachement », *Dialogue*, 175, p. 41-48, <https://doi.org/10.3917/dia.175.0041>

- MARSCHARK, M. 1993. *Psychological Development of Deaf Children*, Oxford University Press.
- MEADOW-ORLANDS, K.P. ; SANFORD KOESTER, L. 2004. « Attachment behaviors at 18 months », dans K.P. Meadow-Orlans, P.E. Spencer, L. Sanford Koester, *The World of Deaf Infants: A Longitudinal Study*, Oxford University Press, p. 132-146.
- OLLIAC, B. ; CRESPIN, G. ; LAZNIK, M.-C. et coll. 2017. « Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PRÉAUT grid », *PLoS ONE*, 12(12), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>
- PIANTA, R.C. ; MARVIN, R.S. ; BRITNER, P.A. et coll. 1996. « Mothers' resolution of their children's diagnosis: Organized patterns of caregiving representations », *Infant Mental Health Journal*, 17(3), p. 239-256.
- PIERCE, K. (sous la direction de). 2011. *Resilience in Deaf Children*, New York, Springer, https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7796-0_3
- SANFORD KOESTER, L.S. ; MCCRAY, N. 2011. « Deaf parents as sources of positive development and resilience for deaf infants », dans D. Zand, K. Pierce (sous la direction de), *Resilience in Deaf Children*, New York, Springer, p. 65-86, https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7796-0_3
- SZYMANSKI, C. ; BRICE, P. J. 2008. « When autism and deafness coexist in children: What we know », *Odyssey: New directions in deaf education*, 9(1), p. 10-15.
- SZYMANSKI, C. ; BRICE, P.J. ; LAM, K.H., et coll. 2012. « Deaf children with autism spectrum disorders », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), p. 2027-2037.
- THOMSON, N.R. ; KENNEDY, E.A. ; KUEBLI, J.E. 2011. « Attachment formation between deaf infants and their primary caregivers: Is being deaf a risk factor for insecure attachment? », dans N.R. Thomson, E.A. Kennedy et coll, *Resilience in Deaf Children: Adaptation Through Emerging Adulthood*, New York, Springer, p. 27-64.
- VANDAM, M. ; YOSHINAGA-ITANO, C. 2019. « Use of the LENA autism screen with children who are deaf or hard of hearing », *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(8), p. 495, <https://doi.org/10.3390/medicina5508049>
- VIROLE, B. 1996. *Psychologie de la surdité*, Bruxelles, DeBoeck.

Difficultés d'organisation corporelle chez certains bébés sourds : évaluation du risque d'autisme et prise en charge transdisciplinaire

Natalie Loundon, Claire Favrot-Meunier, Alban Roy, Joanna Carrico, Aurélie de Clerck, Zoubida Berrada, Erika Parlato-Oliveira

DANS **PSYCHANALYSE - POCHE** 2022, PAGES 175 À 213
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISBN 9782749274393

DOI 10.3917/eres.benta.2022.01.0175

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/le-corps-sensori-moteur-du-bebe-a-risque--9782749274393-page-175.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

*Difficultés d'organisation
corporelle chez certains
bébés sourds : évaluation
du risque d'autisme et prise
en charge transdisciplinaire*

Natalie Loundon, Claire Favrot-Meunier,
Alban Roy, Joanna Carriço,
Aurélie de Clerck, Zoubida Berrada,
Erika Parlato de Oliveira

Ce chapitre présente une réflexion transdisciplinaire élaborée autour d'une clinique singulière, celle des bébés sourds. Nous nous intéresserons en particulier à une petite partie de la population d'enfants sourds dont l'évolution s'avère complexe, présentant

Natalie Loundon, professeure, médecin ORL à l'hôpital Necker-Enfants malades (AP-HP).

Claire Favrot-Meunier, docteure, pédopsychiatre, praticien hospitalier (UTES), psychanalyste (ALI).

Alban Roy, ostéopathe DO, kinésithérapeute DE et chargé d'enseignement à l'IFSO Paris.

Joanna Carriço, psychomotricienne à l'UTES, praticienne du bilan sensori-moteur A. Bullinger.

.../...

des tableaux cliniques s'intriquant avec des troubles du neurodéveloppement. Ce travail transdisciplinaire peut être aujourd'hui présenté grâce à la collaboration et à l'énergie de nombreuses personnes¹, issues de plusieurs équipes, impliquées dans cette recherche à différents niveaux, dans l'idée de la nécessité d'intervenir précocement, de mieux comprendre les particularités du développement de ces bébés sourds, dans une perspective préventive.

Dans la première partie de ce chapitre, Natalie Loundon ouvre le sujet à partir d'une introduction médicale à la surdité congénitale chez l'enfant. Puis Claire Favrot-Meunier expose les réflexions cliniques issues d'une étude préparatoire menée à partir de l'observation de films de consultations pédopsychiatriques de bébés sourds, qui amènent à une catégorisation par types de profils de développement.

.../...

Aurélie de Clerck, psychologue au CAMSP (Paris 15^e), doctorante en psychanalyse à l'université Paris-Diderot et membre du groupe de recherche sur les bébés sourds.

Zoubida Berrada, psychologue clinicienne, stagiaire à l'UTES, et membre du groupe de recherche sur les bébés sourds.

Erika Parlato de Oliveira, psychanalyste, professeure à la faculté de médecine de l'UFMG, directrice de thèse à l'université de Paris, membre du CRPMS-UP, membre du CA de la WAIMH, membre du CA de La cause des bébés.

1. Nos remerciements au professeur Loundon et à toute l'équipe du service ORL de Necker pour l'accueil ouvert aux hypothèses et aux propositions de cette recherche-action ; au docteur Favrot-Meunier pour l'énergie et la persévérance de son engagement pour ces bébés ; à l'équipe de l'UTES impliquée au quotidien dans la santé psychique des enfants sourds ; au docteur Anne-Sylvie Pelloux qui soutient ce travail de prévention ; à la professeure Erika Parlato de Oliveira qui anime et encadre avec dynamisme les travaux de recherche, ainsi que toutes les personnes engagées dans ce groupe de recherche.

Puis sont présentés les cas cliniques de deux bébés sourds, issus de cette étude. Les regards de chacun des différents cliniciens intervenus au cours de leur prise en charge sont déroulés successivement : présentation médicale, psychothérapie psychanalytique (selon l'approche de Marie-Christine Laznik). Leur prise en charge en ostéopathie et en sensori-motricité (d'après l'apport de A. Bullinger) est traitée dans deux sections subséquentes en reprenant de manière générale l'intérêt et les modalités de prise en charge de bébés présentant de telles difficultés. Ainsi, s'appuyant sur ces deux illustrations cliniques, Alban Roy explique l'intérêt de l'ostéopathie pour soulager les douleurs et soutenir le travail sensori-moteur. Enfin, Joanna Carriço trace les contours du profil sensori-moteur qui se dessine chez ces bébés.

Ainsi se tisse la trame d'une réflexion transdisciplinaire dans laquelle corps et psyché sont entremêlés. S'en dégagent des pistes de recherches et de prises en charge novatrices dans la clinique des enfants sourds.

LA SURDITÉ CONGÉNITALE CHEZ L'ENFANT

Natalie Loundon

Les surdités de perception de l'enfant représentent 1/1000 naissances et encore 1/750 dans un second temps. Les surdités peuvent être congénitales ou acquises et apparaître de façon secondaire, ou être évolutives. Le diagnostic de surdité peut donc être réalisé soit dans les premières semaines de vie, soit plus tard et jusqu'à l'âge adulte.

Les surdités de l'enfant sont d'origine génétique pour leur grande majorité, mais environ 20 % sont

d'origine extrinsèque, dont le plus fréquemment, sous nos contrées, la foetopathie à cytomégalovirus (CMV). Elles sont le plus souvent neurosensorielles (surdité de perception) avec les cas particuliers des neuropathies auditives et des atteintes du traitement auditif central.

Les facteurs de risque de surdité² sont principalement les facteurs périnataux, les malformations de la tête et du cou, la notion de foetopathie à CMV, les atteintes centrales cérébrales ainsi que les antécédents familiaux. Ceux-ci représentent environ 50 % des contextes de surdité. Aussi, 50 % des enfants ayant une surdité n'ont aucun antécédent particulier.

L'audition se construit progressivement de la période anténatale jusqu'à l'adolescence chez l'enfant. Il s'agit d'un phénomène complexe avec amplification au niveau de l'oreille périphérique puis de transduction permettant de transformer l'information vibratoire en stimulation électrique, encodée au niveau du nerf cochléaire, et véhiculée vers les noyaux cochléaires. L'information circule ensuite vers les niveaux supérieurs, corticaux, faisant intervenir des phénomènes mnésiques, cognitifs, etc. Les capacités d'audition binaurale, en milieu bruyant et dans les conversations à plusieurs, se construisent progressivement pour être matures au moment de l'adolescence.

Le retentissement est fonction de l'importance de la surdité : les surdités bilatérales ont plus d'impact que les surdités unilatérales et que les surdités sévères à profondes, qui, non prises en charge, ne permettent

2. Évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale, rapport HAS, janvier 2007.

pas le développement de la parole et du langage de façon spontanée.

Dépistage

Le dépistage de la surdité est proposé depuis 2012 en France à tous les nourrissons en maternité. Il utilise deux types de test : les autoémissions acoustiques (OEA) ou les potentiels auditifs automatisés (PEAa). Ces tests sont d'utilisation automatique, et donnent un résultat binaire (« pass » ou « réfère »). Le but de ce dépistage est de repérer les surdités bilatérales et, selon les régions, également les surdités unilatérales. Le but ultime du dépistage est de démarrer une prise en charge précoce de la surdité, ce qui s'est révélé efficace pour améliorer les capacités d'acquisition d'une communication verbale, et aussi les aspects cognitifs, comportementaux, sociaux, scolaires.

Les OEA se présentent à l'aide d'une petite sonde qui, placée dans le conduit auditif externe, stimule l'oreille interne, qui en retour engendre une onde réflexe, récupérée par cette même sonde. Le seuil de repérage de surdité est de 40 dB. Ce test se fait oreille par oreille, et ne repère pas les neuropathies auditives.

Les PEA automatisés sont le test de référence pour repérer toutes les surdités (perte de plus de 35 dB), le test est simplifié puisqu'une seule intensité est proposée. Ce test est plus cher à l'achat et plus difficile de manipulation.

Les limites du dépistage sont celles d'un dépistage initial non efficace : test non réalisé, enfant non revu, neuropathie auditive, erreur de transcription... Il y a également les surdités de survenue plus tardive (évolutives secondaires acquises). Des repérages sont donc

prévus à différents temps de la croissance de l'enfant avant l'âge de 6 ans.

L'un des autres avantages du dépistage précoce est de repérer précocement les atteintes associées à cette surdité (syndrome, foetopathie à CMV). Il est possible dès le plus jeune âge de surveiller l'audition, le développement psychomoteur, linguistique et psycho-affectif de l'enfant. Ce dépistage précoce permet des stratégies optimisées auprès du nourrisson.

Ultérieurement, la surveillance des troubles auditifs se fait auprès de l'enfant et de sa famille en tenant compte des impressions parentales, des antécédents, des pathologies infantiles, du comportement auditif et du développement du langage, ainsi que du développement psychomoteur. Des outils de repérage adaptés aux professionnels sont disponibles sur le marché.

L'étape diagnostique

Elle comprend des tests subjectifs (audiométrie tonale et vocale), et des tests objectifs (PEA/ASSR). L'audiométrie peut se faire dès les premières semaines de vie en observant les réactions comportementales de l'enfant à la stimulation auditive ; plus l'enfant grandit, plus l'observation se tourne vers des réponses organisées et conditionnées. L'audiométrie vocale et tonale permet d'obtenir l'ensemble du champ fréquentiel et de repérer les troubles d'audibilité de la parole.

Les tests objectifs se font avec un enfant endormi et permettent de tester une partie du champ fréquentiel oreille par oreille, donnant une information sur l'intensité et le lieu de l'atteinte auditive.

La prise en charge

La prise en charge comprend l'appareillage auditif amplificateur et/ou l'implantation cochléaire. Les indications dépendent de l'importance de la surdité. En cas de surdité bilatérale sévère à profonde, l'implantation cochléaire est la référence. La prise en charge comprend également l'orthophonie, la psychomotricité, le soutien psychologique, le soutien en pédopsychiatrie. En parallèle divers traitements en rapport avec le contexte peuvent être organisés.

Le principe des prothèses auditives est celui d'une amplification des sons environnants, avec un traitement de l'information qui doit se faire au niveau des cellules cochléaires. Les limites viennent donc des phénomènes de distorsion et d'amplification. C'est le cas dans les surdités sévères à profondes en raison de l'absence de traitement de l'information en intra-cochléaire.

Le principe de l'implant cochléaire est de stimuler directement, *via* un faisceau d'électrodes, le premier relais ganglionnaire du nerf cochléaire, contournant la difficulté du fonctionnement limité des cellules cochléaires. Il s'agit d'une chirurgie ORL, avec une partie implantée sous le cuir chevelu, ainsi que des petites électrodes intra-cochléaires. La partie externe amovible peut se mettre sous forme d'un contour d'oreille, ou d'un bouton. Dans le futur devraient se développer des implants tout implantables.

Les indications de l'implant cochléaire (IC) ont été formalisées par la Haute Autorité de santé : l'implant cochléaire peut être proposé dès 6 mois de vie, il n'y a pas d'indication IC chez un enfant sourd profond congénital n'ayant aucun langage oral après l'âge de

5 ans. Les indications de l'implant se sont élargies ces dernières années devant les résultats positifs de l'IC pour les enfants n'ayant aucun bénéfice des appareils auditifs amplificateurs (prothèses).

La recommandation pour les enfants ayant une surdité importante est celle d'une implantation précoce, et si possible bilatérale, étant donné les connaissances sur la plasticité cérébrale et sa limitation au fur et à mesure de la croissance.

L'IC permet de restaurer l'audition périphérique, mais l'enjeu majeur est neurodéveloppemental : la coordination, et la mise en jeu des différentes aires cérébrales, va permettre un développement efficace de la communication, de la parole, du langage.

En conclusion, le dépistage de la surdité permet de façon très précoce une prise en charge de tous les aspects développementaux du bébé, et de prévenir au mieux les complications associées à cette surdité. Les acteurs intervenants auprès de ces enfants sourds doivent apprendre à repérer les signes inquiétants, souvent très ténus à cet âge.

La grande précocité de prise en charge de ses nourrissons entraîne :

- des difficultés dans le diagnostic, et il faut certainement une équipe pédiatrique bien rôdée pour en connaître tous les pièges (il n'y a en particulier à cet âge aucune borne linguistique) ;
- un bilan neurodéveloppemental bien plus limité, et des signes cliniques plus ténus ;
- de débiter sans aucun contexte étiologique franc, les éléments émergeant progressivement en fonction du bilan réalisé ;

– la nécessité d'un travail en équipe pédiatrique, multidisciplinaire pour la meilleure prise en charge des cas complexes. Il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur un plateau technique expérimenté, permettant à la fois des mesures objectives de l'audition, des bilans standardisés développementaux et des professionnels rompus à l'observation des nourrissons.

OBSERVATION ET ÉVALUATION
DE L'ORGANISATION CORPORELLE
AINSI QUE DE LA QUALITÉ RELATIONNELLE
DANS UNE COHORTE DE BÉBÉS SOURDS

Claire Favrot-Meunier

Sachant que la trajectoire développementale de certains enfants sourds peut conduire à des tableaux cliniques sévères (Chilosi et coll., 2010 ; Szymanski et coll., 2012 ; Van Dam et Yoshinaga-Itano, 2019), nous avons mis en place une observation pour dépister ces bébés à risques et leur proposer un traitement spécifique, dans le cadre d'un partenariat clinique et de recherche entre le CMP UTES (unité thérapeutique enfance et surdité) et le service ORL de l'hôpital Necker-Enfants malades.

Pendant une année, nous avons réalisé conjointement avec les psychologues du service ORL, Caroline Rebichon et Marlène Ribot, des observations filmées de bébés tout-venant, pour qui le diagnostic de surdité était confirmé. Nous avons énormément appris.

Le nourrisson sourd est compétent pour la communication et la relation

En premier, nous avons pu confirmer ce qui était déjà fortement pressenti par les professionnels ORL : la surdité bilatérale même profonde n'empêche pas un nourrisson de communiquer en non verbal, d'être en relation et de chercher à être le centre des regards. Chercher le regard, tendre les mains ou les pieds vers le visage de l'autre en le regardant, sourire et se réjouir d'être le centre de l'attention, recommencer les mimiques qui amusent les adultes..., autant d'attitudes charmantes et spontanées qui ont pu être observées dans le comportement de bébés sourds reçus dans ces observations.

Des facteurs associés à la surdité impliqués dans les risques neurodéveloppementaux

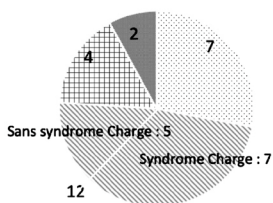
Cela nous a permis de commencer à comprendre les intrications cliniques entre surdité et risques neurodéveloppementaux, en particulier le risque d'autisme.

Il nous apparaît que la surdité seule ne suffit pas à entraîner ce type de trajectoires. Il faut d'autres facteurs associés, tels des syndromes génétiques, des facteurs infectieux comme le CMV, des facteurs périnataux (grande prématurité). Nous sommes actuellement en train d'étudier, dans notre groupe de recherche, l'intrication de ces cofacteurs.

Le graphe ci-dessous présente la répartition des 25 bébés de moins de 10 mois ayant bénéficié d'une observation dans le cadre de l'étude. Les facteurs relationnels (grille Olliac-PRÉAUT ; Olliac et coll., 2017)

et sensori-moteurs ont été croisés pour proposer une catégorisation par type de profil de développement.

Ce travail d'observation conjointe a également particulièrement mis en évidence la fragilité de l'organisation tonico-corporelle des bébés sourds à risques.



– 7 bébés pour lesquels il n'y a pas de préoccupation développementale ;

– 4 bébés ont une belle qualité relationnelle mais un retard de développement ;

– 2 bébés ont des scores intermédiaires à la grille Olliac-

PRÉAUT et des fragilités de l'organisation corporelle ;

– 12 bébés qui ont des signes d'alerte francs à la grille Olliac-PRÉAUT et des troubles très importants de l'organisation corporelle. À noter que parmi ces bébés très préoccupants, 7 ont un syndrome poly-malformatif important, le syndrome Charge, connu pour la sévérité du tableau développemental.

L'observation d'Anna, bébé sourd profond, est exemplaire de ce que nous avons pu observer et qui a été le moteur de nos réflexions.

Dans un premier moment de la consultation, on la voit au tapis, en hyperextension, la tête renversée en arrière, le buste en avant, le regard fixé au-dessus d'elle, qui semble s'agripper au motif contrasté du coussin d'allaitement qui entoure le tapis. Cette posture lui est imposée par son schéma moteur mais aussi par son hypersensibilité sensorielle et émotionnelle, car c'est une posture qui la soustrait à la relation. Dans ce moment, le dialogue postural et corporel entre le bébé et l'adulte est très désorganisé.

Un moment plus tard, on l'installe en enroulement, lovée au creux du coussin d'allaitement. Entourée et

contenue, cela lui permet immédiatement d'être beaucoup plus attentive à la relation et d'avoir des comportements comme lever les bras et engager le regard.

Dès cette installation, enseignée par nos collègues sensori-motriciens, le travail thérapeutique commence. Anna va très bien aujourd'hui.

DEUX ILLUSTRATIONS CLINIQUES D'UNE PRISE EN CHARGE TRANSDISCIPLINAIRE

Nous allons maintenant détailler plus longuement le cas clinique de deux bébés, *Amir* et *Mathis*. Dans ce type de prise en charge, la transdisciplinarité est fondamentale : les bébés sont les chefs d'orchestre et chacun, parent comme professionnel, joue de son instrument au rythme du bébé.

La clinique de ces deux bébés sera l'illustration, d'une part, des problématiques corporelles et neuro-développementales qui peuvent s'intriquer à la surdité infantile, et d'autre part, d'un travail transdisciplinaire en pleine émergence, tant sur le plan des partenariats thérapeutiques que des champs de recherche qui s'ouvrent à nous.

Amir

Anamnèse médicale

Natalie Loundon

Amir est un bébé de 10 mois qui présente une surdité profonde bilatérale dépistée en maternité. On note dès les premières semaines un retard psychomoteur important. Un bilan vestibulaire confirme une atteinte bilatérale profonde. L'IRM cérébrale et le scanner des rochers sont normaux. Le test de Guthrie

est négatif au cytomégalovirus (CMV). Son frère aîné a lui-même une surdité bilatérale avec retard psychomoteur et des troubles des interactions, qui avait initialement été mise sur le compte d'une éventuelle fœtopathie à CMV. Il a bénéficié d'une implantation bilatérale précoce.

Amir a une prise en charge en CAMSP spécialisé surdité qui comporte de l'orthophonie et de la psychomotricité. Il est également suivi à l'UTES. Devant le manque d'efficacité des appareils auditifs classiques, il a bénéficié d'une implantation cochléaire bilatérale simultanée vers 8 mois et demi.

Psychothérapie psychanalytique

Claire Favrot-Meunier

Quand je rencontre *Amir* je suis déjà sensibilisée, car j'ai connu son grand frère autiste et sourd à l'hôpital de jour. Avertie par son aîné, la maman d'Amir va déployer une énergie extraordinaire pour mettre en place des soins de prévention pour son bébé. Elle a très peur qu'il ne développe les mêmes difficultés que son grand frère, lequel, malgré le traitement de sa surdité et le fait qu'il ait investi l'implant cochléaire, n'a jamais pu communiquer normalement et a dû être orienté en internat en Belgique. De fait, le bébé Amir présente un gros retard de développement global avec une hypotonie marquée, des signes de retrait relationnel et d'hypersensibilité sensorielle. Le service de l'hôpital Necker perçoit les inquiétudes parentales et oriente Amir vers la consultation pédopsychiatrique.

Je vais rencontrer Amir toutes les semaines avec sa mère et Sarah Daoudi, psychologue à l'UTES. Sarah constituera d'emblée pour Amir un point de repère

très important, il lui adresse beaucoup de regards, des petits mouvements de la main. Il est très attentif aux déplacements de Sarah qui cherche à capter avec la caméra les interactions et l'interpénétration des regards (Llabrador, 2017).

Une autre personne sera très importante pour notre petit monsieur. Il s'agit d'Édith Thoueille, ancienne puéricultrice, grande praticienne et formatrice à l'échelle de Brazelton. Elle va nouer avec Amir et sa maman une relation essentielle pour chercher à le soulager de ses douleurs digestives et dentaires qui sont envahissantes et le captent. Ainsi, Amir semble souvent préoccupé par son état interne, les mains fermées, les sourcils froncés. Il semble en alerte, il est vite soucieux, affecté. Édith, par toute son attention aux problématiques quotidiennes d'Amir, aidera la mère à jouer son rôle de Prochain Secourable (Freud, 1895), celui qui parvient à soulager le bébé de ses tensions internes. Nous verrons plus loin comment Alban Roy, son ostéopathe, s'y emploiera également.

Amir est un bébé qui glisse des bras de sa mère, qui rompt la relation en se jetant en arrière. Au début, il est très sensible au toucher et aux émotions. Il se trouve alors vite débordé et part très facilement s'agripper à des contrastes. Dans les séances hebdomadaires, je travaille en privilégiant la qualité des installations posturales, les appuis. En favorisant l'enroulement dans un coussin d'allaitement ou en le prenant dans les bras.

J'essaie de créer les conditions d'un dialogue tonico-corporel, un accordage entre nos deux corps, conditions pour qu'il puisse entrer en relation sans se désorganiser et supporter des échanges joyeux et

émotionnels, l'inviter sans le brusquer à devenir appétant à la relation. J'utilise la contenance ainsi qu'une prosodie très lente, avec des rythmiques de la tête pour moduler mon adresse à lui, afin qu'il puisse supporter nos sollicitations.

J'utilise aussi le temps du repas pour travailler le plaisir, le troisième temps de la pulsion orale. Car ce moment du repas est un moment de communication très important mais difficile pour ces bébés hypersensibles. On y retrouve dans un même temps le giron, la bouche et toutes ses fonctions, le regard. Le thérapeute aide le bébé à nouer ces trois registres autour de coordonnées de plaisir et de parole (Pélabon et Laznik, 2017).

Pour Amir, il a fallu passer par des artifices afin qu'il puisse profiter de ce moment et en faire également profiter sa maman, car son corps ne tenait pas et il était rapidement envahi par un inconfort digestif. Les conseils de Joanna Carriço, pour l'installer, ont été très aidants.

Petit à petit dans les séances, il devient plus présent, il se détend, il aime qu'on l'admire, qu'on le trouve « délicieux », il aime que Sarah se régale en le voyant manger.

La maman d'Amir va être une formidable cothérapeute, toujours en admiration envers son bébé et capable d'attendre, avec beaucoup de patience, qu'il accepte de la regarder.

Amir a beaucoup progressé, il est beaucoup plus présent, attentif, il peut parfois appeler spontanément par des petits signes de la main ou avec la voix, notamment Sarah qui est plus loin, dont la présence est moins à risque d'intrusion. Ce qui reste encore très

présent, ce sont les stéréotypies de la main ou de la bouche. Cela effraie beaucoup la maman car elles lui rappellent celles de son fils aîné. Cela m'a fait réaliser combien les stéréotypies manuelles et buccales, qu'on retrouvera plus tard dans la clinique de l'autisme, apparaissent tôt.

Leur caractère étrange, non significatif, déroute les parents, qui y sont confrontés au quotidien et ne peuvent pas leur donner une valeur d'adresse. Le psychanalyste est là pour essayer de se faire le traducteur, l'interprète des mouvements étranges du bébé. En jouant de l'illusion anticipatrice, il accorde aux comportements du bébé une valeur psychique, il suppose qu'il y a un sujet dans ces comportements. Cette fonction d'émerveillement de tout ce que produit le bébé est centrale pour transformer ses mouvements des mains en gestes. Dans la thérapie, cette fonction est soutenue par le transfert, qui permet aux parents de s'identifier au thérapeute : lors d'une séance, la maman d'Amir raconte en riant qu'elle imagine son fils en chef d'orchestre, s'émerveillant de la beauté des gestes de ses mains faisant tourner des baguettes (Favrot-Meunier, 2017)...

Mathis

Anamnèse médicale

Natalie Loundon

Mathis est un petit garçon de 2 ans qui présente une surdité de perception bilatérale profonde, dans le cadre d'un syndrome poly-malformatif non étiqueté avec retard de croissance intra-utérin et retard psychomoteur. Il a connu des difficultés de nutrition importantes en période néonatale nécessitant le recours

à une sonde naso-gastrique. Le scanner des rochers, l'IRM cérébrale et l'examen vestibulaire sont normaux, et le bilan génétique est en cours. Il a bénéficié d'une implantation bilatérale simultanée quatorze mois plus tôt, à l'âge de 10 mois. Il est suivi dans un SAFEP (service d'accueil familial et d'éducation précoce) avec de l'orthophonie (deux fois par semaine), de la psychomotricité (une fois par semaine), ainsi qu'une psychothérapie hebdomadaire à l'UTES. Il est accueilli à temps plein en crèche depuis l'âge de 18 mois. Sur le plan de son évolution perceptive et linguistique, Mathis présente une excellente adaptation aux deux IC (implant cochléaire), avec une perception et une alerte maintenant installées. Sa production orale se diversifie avec des vocalisations nombreuses. Des mots bien individualisés ne sont pas encore identifiables.

Psychothérapie psychanalytique

Claire Favrot-Meunier

Mathis nous a été adressé par un SAFEP, spécialisé en surdité, qui accueille les bébés dès le diagnostic pour mettre en place des prises en charge individuelles : orthophonie, psychomotricité, soutien psychologique.

L'équipe du SAFEP s'est inquiétée pour Mathis, car pendant les séances, il était agit , avait des difficultés pour entrer en contact, et des intérêts stéréotypés notamment pour tout ce qui était fils, ficelles.

La première séance filmée à l'UTES, à l'âge de 7 mois, confirme les inquiétudes de l'équipe et montre des éléments cliniques particulièrement intéressants, sur lesquels nous allons pouvoir nous appuyer pour travailler et soutenir le développement de Mathis.

Mathis ne supporte pas que ses parents racontent les difficultés somatiques qu'il a eues et les incertitudes du diagnostic étiologique, il réagit en se coupant de la relation et en s'isolant complètement contre le mur. Cette réaction montre qu'il peut être important d'éviter de parler des problèmes des bébés devant eux, ce que j'aurais dû anticiper.

En revanche, quand son père annonce que « le P^r Loundon dit qu'il est éligible à l'implant », et bien que sourd profond, il réagit par un « ouais » retentissant, d'autant plus que ce sera sa seule interaction spontanée de la séance.

Au sol, Mathis se désorganise et est très difficile à capter ; l'installation avec des appuis posturaux et le fait d'utiliser notre buste pour fermer l'espace avant, lui permettent de se stabiliser, d'être plus attentif, et de répondre. Il ne peut pas encore relancer, ni interpeller spontanément.

Mathis se met à aimer beaucoup les marionnettes ; il connaît la séquence mais le plaisir va se transformer en excitation avec « flapping » des mains sous l'effet de l'émotion. En effet, le plaisir est une émotion encore trop forte pour pouvoir s'inscrire sous la forme d'une trace, d'une représentation, l'excitation psychique décharge alors au niveau de la voie motrice. Beaucoup de séances, d'un jeu extrêmement modulé, seront nécessaires pour que le plaisir puisse s'inscrire et créer des frayages corticaux.

Séance après séance, Mathis devient un bébé puis un petit garçon adorable, à croquer ! Un grand chef cuisinier qui, bien qu'il ait eu beaucoup de difficultés dans les premiers mois à s'alimenter du fait de son syndrome et que cela n'ait pas été une partie de plaisir,

passé tout de même beaucoup de temps à jouer à la dînette, à nous offrir à manger et beaucoup plus à sa mère. Il a beaucoup de plaisir aussi lorsque l'on joue à « beurk », belle revanche contre cette nourriture qui lui était imposée par sonde naso-gastrique, condition de sa survie.

Toutefois, il reste fatigable ; s'il est enrhumé, qu'il a mal dormi, cela se traduit par des difficultés attentionnelles et une tendance à avoir un jeu stéréotypé. Mathis a l'intelligence extraordinaire de se chercher des appuis. Peut-être sera-t-il sensori-motricien Bullinger plus tard, car il a tout compris de ce que lui a enseigné Joanna Carriço !

En conclusion, nous avons vu qu'en quelques mois, ces bébés qui présentaient des difficultés relationnelles et développementales préoccupantes ont réalisé beaucoup de progrès. Les progrès relationnels et psychoaffectifs n'auraient pas été possibles sans l'approche corporelle des difficultés, car le fait d'être soulagés de leurs fragilités corporelles leur permettait d'être beaucoup plus disponibles à l'autre.

L'OSTÉOPATHIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES BÉBÉS À RISQUES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

Alban Roy

Les objectifs du traitement ostéopathique seront d'accompagner l'enfant dans la prise de conscience de son corps, de limiter la perception des douleurs, d'aider le travail sensori-moteur en libérant les restrictions de mobilités articulaires et tissulaires (rétraction des fascias et des aponévroses, tensions musculaires,

hypersensibilités tactiles...). L'ostéopathie, en agissant directement sur le corps, est alors un outil qui s'incorpore dans le traitement pluridisciplinaire des enfants présentant des risques de retrait relationnel.

Importance de l'axe crânio-sacré

Lors des premières consultations, la priorité sera de libérer et d'harmoniser l'axe crânio-sacré, c'est-à-dire l'équilibration du bassin et de la région crânienne. Ces deux entités, fonctionnant en synergie, sont très souvent perturbées lors de la grossesse par les contraintes in utero (compressions, mauvaises positions prises par le bébé...), lors de l'accouchement par les poussées et le passage du détroit inférieur. L'accouchement sera alors considéré comme un traumatisme pour l'enfant s'il ne se déroule pas correctement.

Ce fut notamment le cas pour Mathis qui, lors de l'accouchement, a souffert d'une diminution de la fréquence cardiaque par la présence d'une circlaire du cordon. En l'occurrence, ce traumatisme de l'accouchement va venir perturber la bonne mécanique crânio-sacrée. Cette équilibration crânio-sacrée est d'autant plus importante qu'il existe un lien avec le système neuro-végétatif (système participant à l'homéostasie de l'organisme).

L'objectif sera d'équilibrer les tissus (fascias et dure-mère) qui forment un axe en reliant le sacrum et la boule crânienne. On parle d'équilibration dure-mérienne.

Ces techniques d'équilibration consistent à créer chez l'enfant un double appui : un appui sur le sacrum et un appui sur la partie postérieure de la boule crânienne (au niveau de l'os occipital). Ces techniques

sont très agréables pour l'enfant. On peut imaginer que le bébé perçoit une sensation de flottement entre les deux points d'appuis.

Du mouvement dans les ceintures

Le travail musculo-squelettique se poursuit par la libération des structures tissulaires de l'ensemble du tronc, des épaules et des membres inférieurs. Un des enjeux de ce travail sera le relâchement de toutes les tensions accumulées dans le haut du corps, les épaules et le tronc.

Chez Amir, l'importante hypotonie ne lui permet pas de tenir sa tête, les mouvements des membres sont limités. Il est impossible pour lui d'expérimenter l'enroulement et le regroupement corporel. Ce manque de mouvement participe à l'installation de rigidités, qui se caractérisent par des densités sur l'ensemble du caisson thoracique, par des blocages au niveau des épaules, du bassin, des hanches. Amir sursollicite sa chaîne musculaire de flexion du membre supérieur gauche. Il présente une fermeture récurrente du poing, ce qui a une répercussion sur la ceinture scapulaire. En libérant les tensions des membres, le bébé gagne en mobilité. Il y a moins de freins pour le mouvement. C'est un travail qui nécessite d'être répété à chaque séance, car la pauvreté du mouvement chez Amir entretient les déséquilibres musculo-squelettiques.

De son côté Mathis présente une rectitude vertébrale. Les mouvements passifs en rotation du tronc sont limités et je retrouve une sollicitation majorée des muscles postérieurs du rachis. Cela peut être la conséquence du schéma d'hyperextension. J'utilise des techniques vibratoires réflexes neuro-cutanées pour

redonner une information de relâchement aux fascias et aponévroses du tronc.

Le travail combiné de l'axe crânio-sacré ainsi que la libération des tensions du tronc et des membres permettent à l'enfant d'assurer une bonne dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes, c'est-à-dire la capacité d'emmener en rotation les épaules d'un côté, le bassin de l'autre. La torsion du tronc doit être symétrique, fluide et sans résistance.

Tous ces gains d'amplitudes articulaires ainsi que les aisances tissulaires ont pour but d'assurer une meilleure conscience de son corps à l'enfant.

L'harmonie la plus complète permettra par la suite une bonne acquisition motrice des retournements, de la mise en position assise, du futur quatre-pattes...

L'abdomen, une région qui pose problème

Le système digestif est souvent source de souffrance chez le bébé : reflux gastro-œsophagien, colique, constipation sont fréquemment retrouvés chez les enfants lors des 3 à 6 premiers mois de vie. Chez les enfants qui souffrent de troubles neurodéveloppementaux, ces symptômes viscéraux sont un facteur favorisant le retrait relationnel mais aussi la désorganisation motrice. Il est indispensable de tout faire pour limiter l'impact que les douleurs vont provoquer chez ces enfants.

Annik Beaulieu le développe dans son travail présenté plus haut : un enfant qui souffre va développer la mise en place d'un schéma d'hyperextension. Ce schéma met en tension tout le système digestif supérieur (depuis l'extrémité haute de l'œsophage jusqu'au pylore). Plus l'enfant va souffrir de reflux par exemple, plus son schéma d'hyperextension sera

entretenu, perturbant ainsi le bon équilibre des structures osseuses, musculaires, aponévrotiques.

De même, un enfant qui souffre de douleurs intestinales (à type de colique, par exemple) va utiliser des stratégies de protection et de défense musculo-squelettique (enfant qui se tortille, qui se met en fermeture sur son abdomen), entretenant ainsi les déséquilibres et blocages évoqués précédemment.

Mathis et Amir vont tous deux être contraints par des gênes digestives, allant des troubles de la déglutition à l'installation de coliques chroniques. Cela se caractérise chez eux par un gonflement de l'abdomen, de probables sensations de ballonnements, une sensibilité à la palpation lorsque celle-ci est trop directe, d'importantes tensions sur l'estomac, témoignant ainsi d'une irritation gastrique.

Il faut alors relâcher l'abdomen, donner de la souplesse aux différents moyens de soutien des viscères, tout en étant en alerte sur le ressenti de l'enfant. Le positionnement du bébé est donc primordial (travail dans le coussin d'allaitement, en latéro-cubitus, avec un appui postérieur, approche palpatoire douce et non traumatisante).

L'enfant dit « relationnel » peut subir les mêmes symptômes viscéraux, cependant sa capacité d'intégration de la douleur n'aura rien à voir avec celle des enfants comme Mathis ou Amir.

Limiter l'impact de la plagiocéphalie

Amir et Mathis sont des enfants qui présentent une pauvreté de mouvement. Ils supportent aussi d'importants déséquilibres musculo-squelettiques ainsi que des postures de défense pour lutter contre les douleurs

digestives. Ce sont en outre des enfants qui présentent une plagiocéphalie.

D'une manière générale, la plagiocéphalie fait souvent suite à la présence d'un torticolis congénital. Ce torticolis résulte des contraintes in utero ou de celles de l'accouchement. Chez la très grande majorité des bébés, le torticolis se résorbe assez facilement. Il suffit de redonner de la mobilité articulaire sur le rachis cervical et de libérer les contractures musculaires. Dans ce cas, il n'existera pas de déformation crânienne chez l'enfant.

La plagiocéphalie s'installe si les blocages viennent à persister, mais aussi si l'enfant ne présente pas un bon développement moteur (ce qui est le cas chez Mathis et Amir). Si leur équilibre tonique du haut du corps était suffisant (bon maintien de la tête, capacité de redressement de la tête en position ventrale), nous pourrions espérer une réduction significative et spontanée de leur plagiocéphalie. Ce n'est évidemment pas le cas chez Amir et Mathis. Leur plagiocéphalie reste marquée et il faut sans cesse chercher à lutter contre les conséquences que cela va provoquer.

Car les effets de la plagiocéphalie ne sont malheureusement pas uniquement esthétiques. Les chevauchements des sutures crâniennes et les remodelages crâniens entretiennent des compressions sur les forams crâniens (orifices qui laissent passer des structures vasculo-nerveuses, nerf crâniens notamment), et participent également au déséquilibre de la région temporo-mandibulaire, par exemple (conséquences ORL, possible participation à un trouble de la succion ou de la déglutition, etc.).

Chez Mathis et Amir, les compressions sont importantes sur la zone occipitale, provoquant ainsi la compression du nerf vague (nerf intervenant entre autres dans la digestion), du nerf spinal accessoire (innervation des muscles SCOM et trapèzes, muscles qui, lorsqu'ils sont spasmodés, perturbent largement l'équilibre rachidien).

L'objectif ostéopathe est de limiter l'évolution de la plagiocéphalie (si les sutures crâniennes ne sont pas ossifiées) et de relâcher les tensions musculaires et péricrâniennes, qui pourraient entretenir les phénomènes compressifs sur les structures nobles vasculo-nerveuses.

Enfin, à la suite de l'IC, il est important de s'attarder sur la zone cicatricielle, qui peut être source d'accolement et de rétraction. Le travail local aura pour but de limiter les conséquences chirurgicales sur le plan cutané et tissulaire.

En conclusion, les enfants présentant des risques neurodéveloppementaux subissent de multiples douleurs, d'importantes restrictions de mobilité, de fortes hypersensibilités. La difficulté d'intégration des multiples épines irritatives (qu'elles soient sensorielles ou algiques) montre à quel point l'équilibre est difficile à trouver. De façon récurrente, la parade utilisée par ces enfants sera une attitude involontaire de désunion du corps.

Tous ces éléments constituent un véritable frein relationnel et développemental. L'ostéopathie, en cherchant à redonner de l'aisance corporelle, participe au travail complémentaire de la thérapie parents-enfant et de la sensori-motricité, afin de recréer le lien que l'enfant n'a pas construit avec son entourage.

DIFFICULTÉS D'ORGANISATION
SENSORI-MOTRICE DU BÉBÉ SOURD À RISQUE
DE TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT

Joanna Carriço

En tant que psychomotricienne à l'UTES, j'ai pris part au travail conjoint d'intervention précoce auprès de bébés sourds, travail impulsé par Claire Favrot-Meunier, pédopsychiatre-psychanalyste à l'UTES et le service ORL de l'hôpital Necker, à Paris. Mon rôle est de rencontrer les bébés suspectés à risque sur le plan des interactions sociales et d'apporter un soin de soutien à leur développement sensori-moteur lorsque celui-ci apparaît fragile.

Je propose dans un premier temps une observation des moyens sensori-moteurs de l'enfant, allongé au tapis, et dans l'accordage tonico-émotionnel avec son parent en situation de portage. Je m'appuie sur les outils d'observation et de compréhension apportés par André Bullinger.

Je peux faire deux constats :

- la surdité chez ces bébés fragiles est rarement isolée (syndrome neuro-génétique, contexte de naissance difficile) et constitue donc un facteur de fragilité parmi d'autres sur le plan du neurodéveloppement ;
- un profil sensori-moteur chez ces bébés se dessine, sujet de ce partage clinique. Il sera illustré par les deux situations cliniques d'Amir et de Mathis.

Signes sensori-moteurs des bébés sourds à risque de troubles du neurodéveloppement

Une motricité spontanée pauvre

Chez ces bébés fragiles, j'observe une motricité spontanée pauvre qui concerne déjà les mouvements généraux³ (MG) du nourrisson de moins de 5 mois (Hadders-Algra, 2003).

– *Un manque de complexité des mouvements.* Les mouvements observés sont sensiblement les mêmes, dans les mêmes directions, sans surprise. Ils n'impliquent pas toujours tous les segments corporels.

– *Un manque de variation des mouvements.* Il s'agit de la composante temporelle du mouvement. Les mouvements apparaissent répétitifs, stéréotypés, de façon symétrique. Peu de nouveaux schémas se créent.

– *Un manque de fluidité des mouvements.* Une impression de manque de liant et de modulation dans les mouvements se dégage (mouvements saccadés, peu « dansés »).

– *Un manque de fréquence des mouvements.* Bien souvent la posture est comme figée.

Chez le bébé plus âgé, la motricité ne se présente pas plus riche et diversifiée, voire les signes sensori-moteurs semblent plus visibles. Les mouvements volontaires peuvent mettre du temps à arriver ou être plus laborieux, car l'organisation tonico-motrice est précaire.

Dans l'étude d'une vidéo d'Amir à 8 mois, on observe des tremblements dans sa résolution motrice.

3. H. Prechtel, dès 1979, a beaucoup apporté à l'étude de ces mouvements généraux du nourrisson. M. Hadders-Algra en 2004 a élaboré une échelle d'observation qualitative de ces mouvements à visée complémentaire de l'examen neurologique.

Il va recruter un tonus pneumatique (blocage de la respiration) et peut avoir recours à des agrippements visuels, ce qui montre combien cela lui coûte sur le plan de l'organisation tonico-motrice. Quant à Mathis, à 9 mois, il garde le décubitus dorsal, épaules et membres comme plaqués au sol. Il semble ratisser à la recherche d'appuis corporels et de quelque chose à saisir.

À l'instar des MG du nourrisson, les mouvements volontaires peuvent apparaître pauvres et répétitifs. Ce qui peut ouvrir la voie à de futures stéréotypies motrices.

Ainsi, dans l'étude d'une vidéo d'Amir à 10 mois, on observe des mouvements répétitifs des mains, qu'il interrompt lorsqu'on lui adresse un geste signifiant (en LSF). Plus tard, Amir pourra se saisir de ces gestes en imitation et dans une adresse communicationnelle.

Un déséquilibre tonique

– *Un déséquilibre tonique entre les plans antérieur et postérieur du corps.* Chez les bébés sourds à risque de troubles du neurodéveloppement, la coordination entre la flexion et l'extension du buste sur le bassin est déséquilibrée, au profit d'un hyper-recrutement des chaînes musculaires du plan postérieur du corps. C'est l'hyperextension.

Dans le développement postural, la première réponse du fœtus et du nouveau-né à une alerte sensorielle interne, ou provenant de son environnement, sera l'extension du corps en arrière. Le rôle de l'enceinte utérine puis des bras parentaux est d'équilibrer mécaniquement la coordination motrice flexion/extension en proposant une mise en flexion en réponse. Plus

le nourrisson aura la tonicité suffisante et l'expérience de cette coordination flexion/extension, plus il sera actif dans cet enroulement en flexion. Cette coordination motrice flexion/extension participe à ce que les informations sensorielles qui arrivent à la surface de l'organisme humain puissent s'élaborer et se réguler.

Plusieurs facteurs peuvent augmenter la vigilance (mise en alerte) du bébé et rendre difficile la coordination flexion/extension du buste, au profit d'un « trop » d'extension. Ainsi en est-il de la douleur ; elle peut être due aux gestes invasifs, aux interventions chirurgicales, à la cicatrisation d'opération et, très fréquemment, à des douleurs digestives. Le reflux gastro-œsophagien est particulièrement fréquent chez ces bébés au développement fragile (Bullinger, 2015). Il s'installe et n'est pas toujours visible par des régurgitations de lait. Citons aussi : l'excès d'informations sensorielles ; l'hypotonie ou le trouble de la régulation tonique ; le manque de portage et d'appuis sur le milieu humain (hospitalisations longues, accordage difficile dans les bras de l'adulte).

Ces postures en hyperextension induisent un manque de points d'appui pour l'enfant, d'abord en termes de *surface* des points d'appui. Ainsi, en décubitus dorsal, la posture peut être arc-boutée. Enfant allongé sur le ventre, l'hyperextension se traduit par une posture en « planeur » où les membres de bébé ne constituent pas, ou peu, des zones de support et d'exploration.

Puis, en termes de variabilité des points d'appui : l'espace arrière du corps peut être comme plaqué au tapis par la gravité. Il n'y a pas de décollement des épaules et de modification des points d'appui. Les postures asymétriques sont peu présentes.

Ce manque de variations et de surface de contact peut entraîner, chez le bébé, un manque d'investissement corporel et de ses appuis corporels, et conduire à un défaut d'investissement du portage dans les bras de l'adulte.

Par ailleurs, les postures en hyperextension ne favorisent pas le regard dirigé du bébé sur ce qu'il fait, ou sur son parent. Des agrippements visuels sur des zones de contrastes lumineux (plus archaïque, sur le plan de l'organisation visuelle) sont fréquents.

– *Un déséquilibre tonico-moteur entre les hémicorps gauche et droit.* Bien souvent, j'observe chez les nourrissons rencontrés un côté du corps plus tonique que l'autre : le poing est serré et/ou la jambe hypertendue. Ce côté s'engage moins dans le mouvement.

Ils présentent fréquemment des torticolis et/ou des plagiocéphalies en lien avec leur contexte de naissance : utilisation d'instruments, gestes invasifs douloureux pouvant entraîner des tensions musculo-squelettiques. Ou bien en lien avec leur développement : hypotonie, gastrostomie rendant plus sensible l'appui ventral et ne favorisant pas les retournements, manque d'alerte sonore/appareillage auditif/IC et parfois trouble vestibulaire, peuvent limiter les rotations de la tête.

Ces troubles musculo-squelettiques impactent les coordinations entre les côtés gauche et droit du corps. La prise en charge en ostéopathie pour ces bébés sourds est bénéfique pour leur permettre une meilleure disponibilité corporelle et relationnelle.

Dans la surdité, l'entrée d'information auditive est faible, peu précise et souvent inégale entre les deux oreilles, parfois même si le bébé est appareillé d'un

amplificateur auditif. Les orientations et les engagements tonico-moteurs en sont donc impactés. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'une surdité peut participer au déséquilibre dans l'investissement tonico-moteur entre les côtés gauche et droit du corps.

– *Un déséquilibre tonique entre les hémicorps haut et bas.* L'hyperextension du buste ne favorise pas les coordinations motrices entre le haut et le bas du corps. Les mains ne viennent pas, ou peu, toucher les jambes et attraper les pieds. Le regard ne se dirige pas sur le bas du corps. On peut donc voir apparaître chez ces bébés un déséquilibre dans l'engagement moteur et exploratoire entre les membres supérieurs et inférieurs. La tonicité se répartit de façon inégale et il y a un manque d'investissement de la fonction du bassin comme point d'appui, d'équilibre et pivot dans le processus de redressement. C'est le risque d'une verticalisation qui s'appuie sur un tonus des extenseurs en excès et sur des postures verrouillées (assise jambes en W, station debout et marche sur la pointe des pieds...).

Un déséquilibre tonique induit aussi une tendance du bébé à gonfler ses poumons pour se « tenir » au niveau postural et visant à lui donner une sensation de volume de son organisme. C'est le tonus pneumatique. Ce tonus pneumatique rend peu disponible à la relation et à la communication orale.

Enfin, on peut considérer qu'un déséquilibre tonique empêche le creuset postural (fondations du développement psychomoteur) de se construire de façon stable (Bullinger, 2004). Les coordinations motrices sont impactées, ce qui peut rendre l'accès à la langue des signes hors de portée.

Par ailleurs, lorsque la posture et les coordinations sont fragiles ou inadaptées, différents troubles peuvent s'installer dans le développement de ces bébés sourds : trouble de l'organisation du regard, troubles praxiques, troubles de l'attention (Carriço, 2019)...

Une irritabilité tactile

Dans la surdité, l'équilibre entre les prises d'informations sensorielles (visuelle, auditive, tactile, vestibulaire, olfactive, gustative) est modifié, a fortiori s'il existe une atteinte vestibulaire associée. Les systèmes visuel et tactile sont alors plus sollicités et peuvent être plus facilement « débordés ». Il n'est pas rare de constater une saturation sensorielle chez un bébé à l'organisation tonico-posturale fragile, notamment parce qu'il manque de moyens posturaux pour s'extraire des stimuli.

Le défaut de mouvements spontanés et de coordinations entre les espaces corporels réduit aussi l'exploration tactile active, et notamment du corps propre, surtout du bas du corps. L'exploration orale est aussi touchée, on observe un manque de mise en bouche ou, au contraire, des agrippements oraux. Le bébé mord les objets mais n'explore pas avec la langue, d'un côté et de l'autre de la bouche.

Le manque d'exploration et la fragilité de l'équilibre sensori-tonique peuvent induire des irritabilités, en particulier tactiles (que ce soit en hypo ou en hypersensibilité). En retour, des irritabilités tactiles amènent à limiter davantage les explorations.

Des recherches d'informations sensorielles pour construire sa proprioception⁴ et son sentiment d'exister

Lorsque les moyens sensori-moteurs et d'action sur l'environnement sont limités, des mouvements répétitifs et souvent mono-sensoriels peuvent s'installer pour alimenter la proprioception. Chez les bébés sourds, j'ai pu observer spécifiquement :

- des rythmies céphalo-corporelles venant stimuler, plus ou moins en continu, le système vestibulaire (Ajuriaguerra, 1980) ;
- des recherches vibratoires (percussions avec le poing sur le corps propre, percussion du bassin sur le tapis) qui informent intensément la sensibilité tactile.

Dans une vidéo de Mathis, à 9 mois et demi, on le voit ainsi en décubitus dorsal et exerçant en boucle des percussions de son bassin sur le plancher, l'empêchant d'organiser une action et d'être en relation.

La prise en charge en psychomotricité

L'objectif du soin en psychomotricité est de soutenir le développement sensoriel, moteur et social de ces bébés sourds, à l'équilibre sensori-tonique si fragile, et de leur offrir plus de moyens d'agir sur leur environnement.

Dans la prise en charge d'Amir, de Mathis, et des autres, trois axes du travail sensori-moteur me

4. Perception de soi qui est une construction entre les signaux issus de la sensibilité profonde de l'organisme et les signaux issus des entrées sensorielles de l'organisme (toucher, audition, vision, olfaction, gustation, sens vestibulaire).

semblent importants à garder en toile de fond de mes propositions.

La mise en forme corporelle

L'accent est mis sur les appuis à donner au bébé pour lui permettre de se regrouper, de pouvoir expérimenter des coordinations motrices entre les différentes parties de son corps, et d'être plus disponible à la relation. Pour que le bébé fasse l'expérience de la coordination entre la flexion et l'extension du buste sur le bassin et puisse élaborer son équilibre tonico-postural, nous lui proposons, avec son parent, un portage en enroulement. Cette mise en forme peut aussi se faire sur un coussin d'allaitement ou au tapis à l'aide de petits coussins sous l'occiput et/ou sous le bassin. Un coussin, un ballon, ou la main de l'adulte peuvent être proposés en appui sur le ventre du bébé, pour lui procurer une sensation d'arrière-fond ventral et lui permettre un enroulement plus actif.

Lors de l'étude d'une vidéo de Mathis, 9 mois et demi, nous pouvons voir qu'une pression légère de ma main sur son torse lui permet de se rassembler autour, dans sa posture et ses coordinations visuo-motrices. Cet arrière-fond ventral limite sa désorganisation corporelle. Mathis peut alors, pour la première fois de la séance, se saisir de l'objet, ici une brosse à dents, la mettre en bouche, me regarder, se tourner vers moi et me la tendre en partage.

En décubitus ventral, un boudin peut être placé sous le torse de bébé pour permettre à l'action des bras et des jambes de s'exercer et de prendre appui au tapis. Un plancher dur et creux en bois permet de donner des ressentis plus prégnants de pression sur le corps

plus prégnants, et de produire une légère vibration/résonance à chaque mouvement. Cela va alimenter la proprioception du bébé.

Le but de ces mises en forme du corps est de permettre à l'enfant de trouver des appuis dans son corps pour être actif dans ses explorations, et lui éviter de se retrouver dans une position de passivité face à laquelle l'adulte prendrait l'habitude de faire à sa place.

La comodalisation sensorielle

La comodalisation sensorielle consiste à proposer au bébé une exploration d'un objet sensoriel qui permette d'organiser différents sens entre eux. Un tambour, par exemple, est un objet à voir, à toucher et qui va émettre, à chaque mouvement actif, un son et une vibration (perçue par la peau et résonnant dans les organes creux du corps). Le bébé met ainsi en lien cohérent plusieurs de ses sens. Cela renforce sa proprioception.

L'écueil à éviter est de proposer trop de stimulations sensorielles – plusieurs objets en même temps, ou avec une forte intensité –, ce qui saturerait les systèmes sensoriels de ces bébés. C'est la sur-stimulation.

Permettre au bébé sourd de pouvoir s'appuyer sur ses sens de façon cohérente favorise l'organisation de son audition et l'adaptation au port des appareils auditifs, à leur réglage en intensité, puis à l'implantation cochléaire et au port de ces implants. L'audition peut progressivement devenir une base d'orientation et d'action sur le monde, au même titre que les autres sens de bébé.

La synchronisation dans le dialogue tonico-émotionnel

L'accordage avec le bébé, d'abord à deux (parent-enfant), puis à plusieurs, va permettre au bébé d'être plus disponible à la relation, et aux adultes de soutenir bébé dans ses apprentissages. Ces bébés fragiles, même lorsqu'ils sont « agités », sont plus lents qu'il n'y paraît dans leur capacité à intégrer les informations. Nous devons, nous adultes, faire un gros effort pour ralentir notre rythme et laisser le temps à l'enfant d'agir sur notre proposition.

Il faut veiller aux risques de dystimulation, c'est-à-dire d'informations qui ne s'accordent pas entre elles et avec la capacité à recevoir de ce bébé. Ce risque est d'autant plus fort lorsque nous fonctionnons en triade (mère-père-bébé ou parent-bébé-thérapeute), chacun y allant de son rythme et de ses propositions.

Exemple : pendant que je propose un objet à explorer sur le côté de bébé, maman le caresse de l'autre côté ; ou pendant que maman s'adresse à son bébé (voix et gestes), j'agite le hochet (son et geste). Ce sont des exemples classiques auxquels nous sommes tous soumis et dont il est important de prendre conscience pour se « synchroniser » et accompagner au mieux le bébé fragile.

Le visionnage du film des séances est un précieux outil pour faire un retour sur soi, à la fois pour le psychomotricien et pour le parent.

Lors de l'étude d'une séquence vidéo de séances d'Amir entre 8 et 10 mois, nous voyons que, bien mis en forme sur sa maman et avec le coussin d'allaitement, Amir peut avoir des coordinations motrices bimanuelles, entre ses membres supérieurs et inférieurs, et

des coordinations visuo-motrices, ce qui ne lui est pas possible au tapis. Il va prendre plaisir aux expériences sonore et vibratoire, alors qu'il s'agit de flux possiblement irritatifs pour lui. Nous voyons des explorations en comodalisation sensorielle autour d'un seul objet (tambour ou deux petits cubes en bois) qui permettent à Amir d'être actif, en imitation sur mes actions. Il est alors en relation avec moi, mais aussi avec sa maman, avec qui il partage le fruit de ses découvertes.

En conclusion, voilà donc clairement la spécificité de l'identification des signes de souffrance chez les nourrissons ayant reçu un diagnostic de surdité. Le repérage de ces signes demande un regard clinique aiguisé de la part des médecins, associés à une équipe pluridisciplinaire. L'étude des films de la cohorte des bébés sourds offre ici des repères dans ce dépistage, par une proposition de catégorisation de cette population clinique à la fois disparate et spécifique. L'apport théorique de l'enseignement psychanalytique de Marie-Christine Laznik dans la prise en charge précocissime des bébés à risque apporte un éclairage d'une grande pertinence pour la clinique des bébés sourds. Enfin, l'on voit comment les fragilités d'organisation corporelle et de souffrances somatiques sont intriquées avec les aspects relationnels du développement, en particulier du risque d'autisme. Le soin apporté au corps de ces bébés est un indispensable soutien pour un réel travail de prévention psychique. Les signes sensori-moteurs décrits ici représentent des repères précieux pour l'identification des troubles du neurodéveloppement associés à la surdité. Les fragilités d'organisation corporelle sont décrites avec précision, comme les possibilités d'intervention. Ainsi,

un travail transdisciplinaire articulé avec finesse peut permettre d'éviter l'installation de troubles du neuro-développement, à la fois moteur et relationnel.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA, J. de. 2018. « L'organisation psychomotrice et ses troubles », dans F. Joly, et G. Labes (sous la direction de), *Psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs*, Paris, VG Éditions, p. 305-368.
- BULLINGER, A. 2004. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*, tome 1, Toulouse, érès.
- BULLINGER, A. 2015. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*, tome 2, Toulouse, érès.
- CARRIÇO, J. 2019. *Les troubles du développement tonico-postural chez le nourrisson porteur d'un syndrome CHARGE et leur impact sur son développement cognitif*, Diplôme universitaire de psychopathologie des troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent, Sorbonne Université, Pitié-Salpêtrière.
- CHILOSI, A.M. et coll. 2010. « Neurodevelopmental disorders in children with severe to profound sensorineural hearing loss: A clinical study », *Developmental medicine and child neurology*, n° 52, p. 856-862.
- FAVROT-MEUNIER, C. 2017. « Je ne suis pas si vilaine avec mes sabots », dans H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik (sous la direction de), *Le bébé dans tous ses états*, Toulouse, érès, p. 149-174.
- FREUD, S. 2011. *Esquisse d'une psychologie*, Toulouse, érès.
- HADDERS-ALGRA, M. 2003. « Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourrisson », *Enfance*, vol. 55, n° 1, DOI : 10.3917/enf.551.0013

- LLABRADOR, G. 2017. « La thérapie d'Hélène et/avec la caméra », dans H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik (sous la direction de), *Le bébé dans tous ses états*, Toulouse, érès, p. 80-86.
- OLLIAC, B. ; CRESPI, G. ; LAZNIK, M.-C. ; CHERIF IDRISSE 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*, vol. 12, n° 12, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188831>
- PÉLABON, C. ; LAZNIK, M.-C. 2017. « Une approche de cure pour des bébés à risque autistique : à propos de Mattéo, un petit bébé chiffon napolitain », dans H. Bentata, C. Ferron, M.-C. Laznik, *Le bébé dans tous ses états*, Toulouse, érès, p. 239-265.
- SZYMANSKI, C. ; BRICE, P. J. ; LAM, K.H. ; HOTTO, S.A. 2012. « Deaf children with autism spectrum disorders », *Journal of autism and developmental disorders*, vol. 42, n° 10, p. 2027-2037.
- VAN DAM, M. ; YOSHINAGA-ITANO, C. 2019. « Use of the Lena autism screen with children who are deaf or hard of hearing », *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, vol. 55, n° 8, p. 495.

SURDO, EU? 1.2

Claire Favrot-Meunier
Aurélié de Clerck
Alice Martins
Isabelle Philippon
Erika Parlatto-Oliveira

O orgulho ou a vergonha. São emoções complexas que o bebê pode sentir na relação ou diante do olhar do outro. Esse ensinamento descrito por Trevarthen (2005) nos indica a delicadeza e a complexidade da vida psíquica do bebê. Ele é testemunha da sensibilidade dos bebês que podem receber como elogios ou também como "censuras", as palavras enunciadas sobre eles mesmos.

Em seu texto "Introdução ao narcisismo", Freud ressaltou a importância de "Sua majestade o bebê", o lugar narcísico que o bebê ocupa no psiquismo parental, da construção do Ideal do Eu e das identificações.

Vejamos esse exemplo clínico. Yanna tem 4 meses de idade corrigida quando eu a encontro (8 meses de idade cronológica). Ela nasceu muito prematura, com 25 semanas e 2 dias de idade gestacional. Yanna

1. Tradução de Alice Martins.

2. O título em francês permite um jogo de sentidos pois há uma homofonia entre « Surdo, eu? » e « Sobre mim? ».

Edigeisson Alcântara - Mestre em Psicologia Cognitiva (UFPE). Licenciado em Letras-Língua (UFPE). Estudante das Licenciaturas em Letras-Português (UCB) e Filosofia (UNINTER). Atua como psicólogo clínico, de orientação psicanalítica, fazendo, por um lado, no acompanhamento de bebês e de crianças e, por outro, no atendimento realizado em Língua, destinado à comunidade surda. Exerce a função de tradutor-ínterprete de Língua-Português-Língua, junto à Secretaria de Educação de Pernambuco, há 16 anos.

e sua mãe vêm primeiramente para um ateliê de massagem para bebês, proposto pela instituição. Yanna chora muito e parece estar sempre em estado de alerta. Ela não consegue nem aproveitar de sua massagem. A mãe está inquieta. Ela diz que tem dificuldade de superar toda a história da hospitalização da filha. Ela fala sobre as dificuldades de Yanna para dormir. Um intervenção mãe-bebê é proposta.

* Durante a primeira entrevista, a mãe relembra da gestação e fala sobre o período neonatal, que foi bastante agitado, com uma alternância incessante de períodos de estabilidade interrompidos por episódios críticos, ameaçando a continuação da gravidez e da sobrevivência de Yanna. A cada mês, os pais pensavam que perderiam o bebê e se surpreendiam ao ver que a filha continuava a viver. A mãe conta que quando a bolsa estourou, Yanna se colou contra o colo do útero, bloqueando o fluxo de líquido amniótico. Ao escutar esse relato, eu me atento a Yanna. Eu retomo tudo que ela precisou fazer pra se manter viva, e depois afirmo que este período já passou, que ela já saiu do hospital e que pode se tranquilizar.

Na sessão seguinte, Yanna continua em estado de vigília constante e suporta mal ser instalada e contida. Ela se agarra à almofada de amamentação e à sua chupeta, e assim, não consegue estar disponível para se relacionar com o outro. A mãe fala sobre o olhar de sua filha, que ela sente que Yanna está sempre "em alerta" ("sur le qui-vive"). Essa expressão me impressiona. Então, volto-me para Yanna e recuperando as palavras da mãe, lhe digo: "você não precisa mais estar em alerta, já passou, você está viva!"

Então, Yanna vira o rosto para mim, me olha e sorri um sorriso magnífico! A competência do bebê para a linguagem e a sensibilidade para os discursos que os concernem é uma constatação partilhada entre os profissionais que realizam consultas de bebês. Essa virieta clínica nos permite ilustrar que essa sensibilidade encontra-se nos significantes endereçados aos bebês. Assim, o discurso tranquilizador dirigido a Yanna na primeira consulta não parece ter tido qualquer efeito particular para ela. Por outro lado, na segunda consulta, a frase: "já passou, você está viva" fez eco ao significativo de sua mãe: "ter certeza que ela está viva" e provoca uma reação imediata, pelo olhar e pelo largo sorriso.

153

Graças ao trabalho do grupo de pesquisa, nós pudemos observar essas competências nos casos de bebês surdos. Nesse texto apresentamos hipóteses sobre os saberes dos bebês surdos no que concerne a comunicação e palavra. Essas hipóteses nasceram do grupo de pesquisa clínica que analisa sessões filmadas de bebês de menos de 10 meses que apresentam surdez bilateral profunda ou severa e aguardam a cirurgia para a colocação do implante coclear. Esse grupo de pesquisa é composto por profissionais e estudantes de mestrado e doutorado, orientados na Universidade de Paris por Erika Parlato-Oliveira, em parceria com a Unidade Terapêutica para crianças e adolescentes surdos (UTES) e com o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Necker Enfants Malades. As observações feitas nos evocam uma série de questões clínicas sobre o desenvolvimento de bebês surdos. A pequena parte dessa pesquisa que nós gostaríamos de compartilhar com vocês é sobre como esses bebês nos ensinam sobre sua capacidade de se inscreverem no circuito da palavra, apesar de sua sensorialidade diferente.

A UTES tem se interessado, nos últimos anos, em reforçar parcerias para compreender melhor o desenvolvimento global e psíquico dos bebês surdos. O primeiro objetivo é prevenir as perturbações do desenvolvimento mais frequentes, e por vezes, muito graves nesta população.

A partir desse objetivo é que foi proposta a parceria com o Serviço de otorrinolaringologia e de fonoaudiologia infantil do hospital "Necker" em Paris. As consultas então são realizadas em dupla e filmadas a fim de serem analisadas posteriormente. Esse banco de dados possibilita um primeiro trabalho exploratório de diversos temas de estudo:

- Estudo sobre a construção psíquica e corporal do bebê, em suas especificidades e/ou semelhanças com os bebês não surdos.
- Estudo dos perfis de desenvolvimento em função dos diferentes parâmetros, estudo dos fatores de risco e dos sinais precursors das perturbações do desenvolvimento

A análise clínica se faz a partir de consultas filmadas e do prontuário médico de cada criança, de um grupo de trabalho pluridisciplinar composto por psicólogos, psiquiatras infantis, psicanalistas e psicomotricistas formados na abordagem sensoriomotora de Andre Bullinger.

A partir desse material clínico é possível formular hipóteses sobre a capacidade do bebê surdo de se inscrever no circuito da palavra.

De fato, durante as análises de vídeo, nossa atenção foi atraída em momentos precisos em que o bebê parecia traduzir gestualmente, corporalmente ou vocalmente o que era dito sobre ele pelo adulto. Nós „descreveremos alguns momentos que nos permitem desenvolver essas hipóteses.

Para as análises dos vídeos foi utilizado o software "ELAN", que permite descrever no decorrer do tempo aspectos escolhidos previamente, baseados na teoria psicanalítica. Trata-se de uma ferramenta de anotações complexas para vídeos e gravações de áudio.

A seguir, duas vinhetas clínicas ilustram momentos particulares em que o bebê assume uma posição ativa e subjetiva nas trocas relacionais.

João é um bebê que faz uma homenagem a Colwyn Trevarthen, ao demonstrar como ele é sensível e pode reagir ao que é falado sobre ele. Quando ele reage, não é em qualquer momento. Quando se fala sobre a sua recuperação em relação à sua curva de peso, sobre sua elegibilidade para o implante coclear e sobre suas questões genéticas. Reações adaptadas e ajustadas ao tom e ao lado positivo ou negativo do que é dito. Essas reações são "sintonizadas". Ele está presente quando é preciso. Ele é sensível à dimensão narcísica.

João é um bebê de 8 meses que apresenta surdez bilateral profunda, num contexto de uma síndrome, na época, ainda não identificada.

No início da sessão, João estava sentado sobre os joelhos de seu pai de frente para a analista. Os pais falam com ela sobre a investigação etiológica de sua surdez e sobre o resultado de alguns exames; o pai fala das dificuldades de João. Nesse momento, João olha de forma atenta para a analista, como se ele pudesse "escutar" o que ela dizia. Ela tem em suas mãos um bastão de madeira do jogo "Kapla" e João estica seu braço a fim de pegá-lo, enquanto ela o olha.

Em seguida, João se interessa pelo bastão, continuando a olhar para a analista. Quando, finalmente, o pai diz que João era elegível ao implante coclear, João vocaliza imediatamente. A analista interpreta esse grito, essa vocalização como uma celebração de João em relação ao implan-

te. Ela faz um gesto de vitória com as mãos e diz: "sim, você pode!" João a olha e continua a brincar com seu bastão.

Mais tarde, João ainda olha atentamente a analista que conversa com seus pais sobre a pesquisa etiológica de sua síndrome. Quando o pai diz que os resultados foram negativos para a síndrome que eles temiam, João vocaliza outra vez e logo depois deixa o bastão cair.

Quando a analista fala sobre a dificuldade de encontrar uma causa da síndrome, João começa a se silenciar e para de vocalizar. Seu olhar fica perdido, sua postura corporal muda e ele tenta se apegar à sua chupeta. Na medida em que os adultos falam sobre os problemas médicos, João se fecha pouco a pouco e se vira contra a parede, como se ele se punisse. Em seguida, a analista o procura e diz: "Oh, como você é um bebê lindo!". João retorna por um curto instante, mas se vira de novo contra a parede, o pai continua a falar sobre os problemas de João.

Até então, João não se comunicava muito, quando o pai diz que ele é elegível ao implante, começa a gritar, vitorioso.

Pouco tempo depois, os pais falam sobre as diversas doenças do bebê e sobre a investigação dos médicos para o diagnóstico de uma síndrome. A suspeita da Síndrome de Sylvér Russel é descartada.

A atitude de João é muito diferente da anterior, ele desinveste pouco a pouco sua troca de bastão e se vira contra a parede, isso dura bastante tempo. É preciso que eu vá recuperá-lo. Podemos dizer até que ele se castiga, como se os pais dissessem que ele teve notas ruins na escola.

Como nós destacamos no início do texto, Colwyn Trevarthen nos diz que os bebês são muito sensíveis aos elogios. "ele é elegível ao implante" é vivido por João como um elogio, uma vitória. Por outro lado, os bebês não gostam quando falamos de seus problemas, isso os fere.

Oscar, na consulta com a analista ele está sentado no colo de sua mãe, apoiando-se contra ela, sua barriga sustentada pela mão de sua mãe. Ele está de frente para a analista, que fala com ele em manhês. Oscar se mostra bem presente a essa troca. Ele sorri em repostas à analista. Esta, por sua vez, oferece a ele uma girafa verde, um brinquedo que serve como mordedor. Oscar coloca a girafa na boca e começa a vocalizar. Essas vocalizações são muito harmoniosas, ele parece fazer

pequenos comentários sobre a girafa. Uma conversa entre o bebê e a analista se instala.

Em seguida, a analista e sua mãe elogiam suas competências. Oscar acompanha atentivamente a conversa e aprecia os elogios: ele começa a vocalizar no momento em que comentam sobre sua voz e ajeita orgulhosamente sua postura quando falamos sobre seus progressos psicomotores. Assim que os adultos param de falar com ele, Oscar vocaliza "ahh" ao olhar para a analista para convocá-la para que ela continue a conversar com ele. Nessa vineta, podemos ver que Oscar procura o adulto de forma espontânea para se relacionar. Nesse momento ele inicia o terceiro tempo do circuito pulsional, onde ele "se faz ser olhado", demonstrando prazer em estar em relação com o outro.

Alguns minutos mais tarde, a analista pergunta à mãe sobre os exames médicos de preparação da cirurgia de implante coclear de Oscar. A mãe enumera todos os exames que foram realizados e diz que os resultados não são bons. O olhar da mãe se abaixa em direção a Oscar e seu rosto se torna menos sorridente, mais sombrio. Seu tom de voz diminui ao longo da frase, quase se calando. Ela apresenta uma expressão facial tensa, que contrasta com sua postura anterior. Segue-se um breve momento de silêncio.

Durante esse tempo, o rosto de Oscar se torna pensativo, sua postura muda, ele para de vocalizar. No instante que sua mãe anuncia: "Nós fazemos parte do grupo que teve a cirurgia adiada", Oscar estende a mão com a girafa, olha para ela e larga a girafa, que cai no chão. Depois ele escorrega um pouco do colo de sua mãe.

A surdez não impede que o bebê ocupe o lugar de "parlêtre" sem ainda ter aprendido uma língua. Essa passagem de Oscar, nos mostra momentos em que o bebê assume uma função ativa na relação.

A queda da girafa e o enunciado da mãe ocorrem no mesmo instante. Traduzindo o sentimento "eles nos abandonaram". A queda, ou de certa forma, o abandono da girafa tem um valor de enunciação, ela dá um peso simbólico à fala da mãe. Nos parece que mesmo antes da enunciação, Oscar já sentia a experiência da mãe, pois ele se ajusta um pouco sobre o plano tônico-postural

A partir de Lacan, podemos supor que a surdez não impede o bebê de estar no lugar de sujeito. Assim, nesses dois casos que, o bebê assume seu lugar de fala, que pode se traduzir em uma atitude, um gesto, uma vocalização, em um momento particularmente importante.

Nós pudemos fazer a hipótese de que o que está em jogo é a função de reconhecimento, a palavra na sua função de reconhecimento.

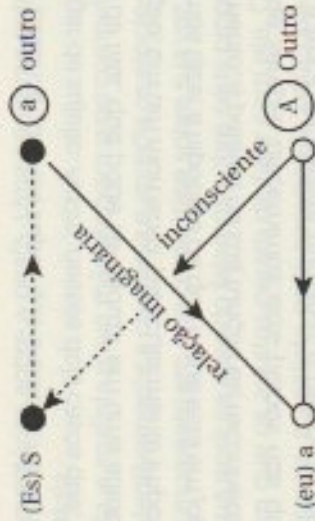
"Nós que sempre discernimos dois planos nos quais se exerce a troca da palavra humana- o plano do reconhecimento enquanto a palavra liga entre os sujeitos esse pacto que os transforma, e os estabelece como sujeitos humanos- comunicando- o plano do comunicado, em que se pode distinguir todo tipo de patamares, o apelo, a discussão, o conhecimento, a informação, mas em que última instância, tende a realizar o acordo sobre o objeto. O termo acordo está aí ainda, mas o acento é colocado sobre o objeto considerado como exterior à ação da palavra, e que a palavra exprime."

Jacques Lacan. 1954 Livro 1. Os escritos técnicos de Freud. O seminário. Ed Jorge Zahar. P 129.)

Nós conseguimos captar o momento exato entre o enunciado da mãe e o fato de Oscar deixar cair a girafa que segurava, através da análise realizada com o software "Elan".

Graças a essa ferramenta, podemos ver que a mãe suspira, em seguida há uma ligeira queda da cabeça que precede o enunciado "nos abandonaram". Pode-se pensar que se trata de uma tradução de um pensamento que é formulado no enunciado. Do lado de Oscar, é como se ele colocasse em cena o pensamento conclusivo: "nos deixaram cair".

Nós podemos também pensar no esquema "L" de Lacan. De fato, graças a esse esquema, Lacan nos fez compreender a comunicação, os diferentes registros da palavra e a função de reconhecimento da palavra, o que ele nomeia de palavra plena. Ilustremos o esquema para situar o que se passa nesse momento específico.



Nos minutos anteriores à cena, estávamos conversando com a mãe e admirávamos Oscar. Estamos no eixo imaginário, onde trocamos informações, amabilidades, conversamos. Posteriormente, graças à uma relação associativa, a mãe pensa provavelmente na data da operação, que foi adiada, os pensamentos em torno da surdez, não estão nunca distantes.

Ao recuperar seu ritmo, ela está pensativa, suspira e diz: "nos abandonaram". Oscar conclui deixando a girafa cair, como num abandono. A palavra atravessa o eixo imaginário, sobre o eixo simbólico de "A" a "S", na sua função de reconhecimento. Ela vem significar o que é insuportável esperar, algo tão importante no plano existencial.

Assim, o bebê surdo parece perfeitamente capaz de produzir "palavra", seja de forma espontânea ou em reação a um enunciado importante que lhe concerne subjetivamente.

Isso nos remete aos ensinamentos de Lacan, sobre as funções da palavra, que nós citamos anteriormente.

As filmagens das sessões com bebês permitiu observarmos o modo como o bebê é ator e sujeito nas trocas relacionais. Nós pudemos realmente observar e formular questões e hipóteses. O bebê surdo não é somente sensível aos elogios ou aquilo que ele sente como crítica, mas ele é também suscetível se inscrever no circuito da palavra.

O fato dos bebês serem muito sensíveis e capazes de assumir seu lugar de palavra e de alcançar o eixo simbólico, não nos surpreende mais graças aos ensinamentos de Trevarthen e outros "bebélogos".

Ainda assim, permanece a emoção de ver esse fato em bebês que não ouvem. Permanece o questionamento: De qual modo esses bebês surdos apreendem a fala do outro?

REFERÊNCIAS

- Freud, S. (1914-1926). Introdução ao narcisismo. ensaio de metapsicologia e outros textos. Companhia das Letras. Obras Completas- Volume 12. 2010. São Paulo.
- Lacan, J. (1954). Livro 1. Os escritos técnicos de Freud. O seminário. Ed Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Parlato-Oliveira, E. e Saint-Georges, C. (2019). De la clinique du bébé à l'évaluation du traitement : micro-analyse d'une cohorte, entre psychanalyse et transdisciplinarité. *Enfances & Psy*, n.º 80 : "L'autisme : tout un monde." Ed. Eres.
- Trevarthen, C. (2019). *Bebê, nosso professor*. Ed. Instituto Language. São Paulo.

Claire Favrot-Meunier – - Psicanalista, Psiquiatra do Centre régional de soins et de ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourds. Membro da Association Lacanienne Internationale.

Aurélie de Clerck – Psicóloga, Doutoranda no Programa Psicanálise, Medicina e Sociedade da Universidade de Paris (Paris 7).

Alice Martins – Psicóloga, Master em Psicopatologia na Universidade de Paris (Paris 7).

Isabelle Philippon – Psicoterapeuta.

Erika Parlato-Oliveira – Psicanalista, Professora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFMG e da Universidade de Paris (Paris 7).