

Mises au point interactives – 1 000 premiers jours



E. MAMIMOUÉ
Psychopathologie
de l'enfant et de
l'adolescent. Hôpital
femme-mère-enfant,
CHU de LYON.

Le diagnostic au cours des 1 000 premiers jours des troubles de l'attachement : éviter les impacts à long terme

Les interactions précoces parents-enfant influencent le développement des compétences cognitives (langage, raisonnement, attention, motricité), la régulation des émotions, du comportement, ainsi que la socialisation de l'enfant. Elles impactent étroitement la qualité des relations que l'enfant nouera avec son entourage proche et, plus généralement, avec son environnement de vie. L'enjeu est donc de repérer, au plus tôt, les interactions de mauvaise qualité, afin d'éviter des impacts néfastes au long cours. Pour ce faire, nous expliquerons le concept de l'attachement et en quoi il a une influence tout au long de la vie, puis quand et comment il se met en place, pour finir avec les éléments qui peuvent nous orienter vers de possibles troubles de l'attachement.

Concept de la relation précoce parent-enfant et la théorie de l'attachement

La relation précoce parent-enfant est conditionnée par ce que l'on appelle la **théorie de l'attachement** (de l'enfant vers son parent) et le concept de **caregiving** (du parent vers son enfant). Il s'agit de la relation se créant entre un être protecteur (ici le parent) et un bébé, dans le but de répondre aux besoins du bébé (psychique et physique). L'objectif sous-jacent de cette relation est de maintenir la proximité entre l'être protecteur et le bébé, pour assurer la protection et la sécurité du bébé qui est un être immature. Cet être protecteur, souvent le parent, deviendra la **figure d'attachement** ou **caregiver** du bébé à travers cette relation.

Ces concepts récents furent développés par le pédiatre John Bowlby en premier lieu, au sortir de la Seconde Guerre mondiale [1]. Puis, ils furent étudiés en profondeur avec la psychologue Mary Ainsworth. Ensemble, ils ont pu observer et analyser l'impact de la séparation précoce et prolongée entre un nourrisson et sa mère. Ils ont ainsi été les premiers à bâtir la théorie de l'attachement et son impact sur le lien affectif entre le bébé et ceux qui en prennent soin. Ce concept sera soutenu par les travaux du psychologue Harry Harlow, étudiant chez le singe les différents liens affectifs, leurs fonctions biologiques et leurs impacts sur le développement de l'autonomie et du bien-être du primate [2].

Chez l'humain, nous pouvons observer la théorie de l'attachement sur deux versants [3].

Du côté du bébé, l'objectif est de maintenir le *caregiver* à proximité pour se protéger de tout danger, mais aussi répondre aux besoins de relations affectives. Pour ce faire, le bébé utilise différents comportements (ou signaux) pour exprimer ses besoins :

- **des comportements aversifs**, pour éloigner le danger ou s'en éloigner et montrer au *caregiver* le danger. Nous pouvons citer ici les pleurs, les cris, les conduites de retrait ou repli et l'éloignement physique quand cela est acquis ;
- **des comportements de signalisation**, pour exprimer ses besoins et/ou son état interne à la figure d'attachement, qui est plus ou moins proche physiquement. Ils correspondent aux cris, pleurs, mais aussi le rire, les sourires, les mouvements

plus ou moins orientés des membres supérieurs (bras tendus) ;

- **des comportements actifs**, qui correspondent aux mouvements dirigés pour un objectif précis comme l'éloignement ou le rapprochement physique.

Ces comportements demandent une réponse rapide du *caregiver* pour éviter au bébé de rester dans une situation le mettant en péril (psychiquement ou physiquement), ou au contraire lui permettre de rester en échange affectif. Toutefois, le bébé, au fil de la relation, s'adapte aux réponses de son *caregiver*. Ainsi, en fonction des réponses du *caregiver*, le bébé développera des patterns de réponses variables en maximisant ou minimisant ses signaux. Ces tendances (maximisation/minimisation) pourront perdurer et influencer les autres relations sociales de l'enfant.

Du côté du parent (*caregiver*), l'objectif est d'apaiser et rassurer le bébé. Dans cet objectif, il doit répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant, en fonction de ce que ce dernier exprime, mais aussi, de ce que le parent perçoit et comprend des signaux du bébé. Selon Mary Ainsworth et son concept de *responsiveness*, le *caregiving* (comportement du *caregiver*) doit avoir quatre dimensions :

- **la sensibilité** qui est le fait de percevoir et comprendre les signaux du bébé ;
- **la coopération** qui est le fait d'accompagner le comportement du bébé et s'y ajuster ;
- **la disponibilité** psychique et physique pour être en alerte, répondre rapidement et de manière adaptée aux signaux du bébé ;

I Mises au point interactives – 1 000 premiers jours

– **l'acceptation** des difficultés de la relation.

En effet, le *caregiver* ne peut être omniprésent, ni répondre toujours de manière adaptée. Cela sous-entend l'émergence de sentiments positifs et négatifs du *caregiver* envers le bébé. Le *caregiver* doit alors savoir accepter ses difficultés pour mieux les comprendre et adapter sa réponse en fonction de ses capacités.

Cette dernière dimension est importante, car le but de la théorie de l'attachement n'est pas de culpabiliser les parents. Il s'agit d'une relation d'échange non parfaite, d'adaptations émotionnelles et comportementales de l'un envers l'autre, permettant un bon développement global du bébé.

Cette vision double introduit les notions de **synchronie** (réponse de l'enfant qui influence les comportements du *caregiver*) et de **réciprocité** (réponse du *caregiver* qui influence les comportements du bébé), essentielles dans l'attachement. Il s'agit donc bien d'une relation d'échange symétrique.

Enfin, pour clôturer cette partie, il est intéressant de noter que Bowlby et Ainsworth ont développé la théorie de l'attachement en partant de l'observation entre la séparation et le comportement des mères avec leur bébé. Mais, ils ont aussi vite explicité que l'attachement précoce du bébé pouvait se réaliser avec tout être humain capable de répondre et d'échanger avec le bébé. Mary Ainsworth commencera à théoriser les relations dans la fratrie, et Bowlby ne sous-estimera pas l'impact des personnes n'ayant pas de lien de parenté, mais donnant des soins réguliers au bébé. Ainsi, tout humain plus expérimenté, s'engageant émotionnellement et durablement auprès du bébé, peut en devenir son *caregiver*.

Le bébé peut avoir plusieurs *caregivers* simultanément ou consécutivement, mais dans un nombre limité. Une hiérarchisation des *caregivers* sera réalisée

par le bébé en fonction de la qualité de la relation qu'il entretient avec chaque *caregiver*. Ceci explicite les capacités d'adaptation précoces du nourrisson dans les relations sociales.

Quand et comment l'attachement se met-il en place ?

Les interactions précoces entre un parent et son bébé débutent dès la vie intra-utérine. Le bébé est en gestation psychique pour le parent qui sent et induit des interactions durant la grossesse, mais aussi imagine les interactions futures qu'il pourra avoir avec son bébé. Le parent crée ainsi les bases du *caregiving*. De plus, *via* l'échographie, les parents peuvent plus facilement voir leur bébé et observer son comportement avec ou sans interaction active de leur part.

À ce stade, les interactions parents-bébé sont déjà multiples.

Les études [4-6] montrent que le fœtus est déjà sensible à la **voix** de sa mère, mais aussi à celle du coparent et de l'environnement autour de la mère. L'importance du **toucher** comme pourvoyeur de lien social et affectif se voit dès la vie *in utero* avec l'introduction de l'haptonomie en maïeutique. Ce concept, créé par Frans Veldman au xx^e s. [7], décrit l'importance du toucher dans la création, le développement des relations humaines et, notamment, les liens affectifs. La relation tactile est réciproque car, plus la grossesse évolue, plus le fœtus développe une propension au toucher en se rapprochant de la paroi utérine lorsqu'on touche le ventre de la mère [8].

Biologiquement, le **placenta** joue un rôle endocrinien important dans le développement du fœtus [9]. Le fœtus perçoit également, *via* le placenta, les changements hormonaux de sa mère, notamment sa réaction au stress. Ainsi, le stress augmentant le cortisol de la mère, retrouvé chez les sourceaux de

mère ayant subi des épisodes de stress, un taux de cortisol et CRH élevé, des altérations de l'hippocampe et une diminution du fonctionnement de l'axe cortico-gonadotrope [10].

Le développement de l'attachement et du *caregiving* est en lien étroit avec le **développement psychomoteur** du bébé.

En effet, le bébé est capable de réaliser les comportements de signalisation pour son *caregiver* et ce, **dès la naissance**. Ainsi le nouveau-né accroche son regard vers des figures ressemblant à un visage dès quelques heures de vie [11]. De même, le réflexe archaïque de *grasping*, permet au nouveau-né de s'accrocher. Il est relié au réflexe de succion permettant donc de maintenir une proximité pour la survie [12].

Plus tard, le sourire-réponse est un réflexe mais, stimulé par la suite par l'adulte, il devient progressivement un moyen de communication. Vers 6 mois, le bébé peut enfin libérer ses membres supérieurs. Il peut donc déplacer un objet, l'attraper, le jeter ou encore le donner. Vers 10 mois, l'apprentissage de la marche, acquise quelques mois plus tard, augmente les possibilités de comportements actifs du bébé. Enfin, le développement du langage, dès 6 mois avec le babillage, va permettre au bébé de développer les bases lui permettant, par la suite, d'exprimer ce qu'il ressent et ses besoins.

Pour le parent, les mécanismes qui interviendront dans la création de l'attachement évolueront durant **les trois premières années de vie** du bébé.

Durant la première année, le parent doit avoir de bonnes capacités de réponses rapides et adaptées. Il devra utiliser ses capacités d'interprétation et d'imitation pour créer et/ou maintenir la relation. Durant la deuxième année, le parent doit encourager le bébé à développer son sentiment d'auto-compétence. En effet le bébé étant dans une phase de com-

I Mises au point interactives – 1 000 premiers jours

portements plus actifs (marche, découverte de l'environnement), la réaction du parent et la rassurance qu'il procure seront importantes pour répondre aux besoins de l'enfant. Ainsi, à travers les soins donnés, les jeux, ou encore tout simplement la présence rassurante et sa stimulation, le parent, ayant acquis les signaux du bébé, peut lui permettre de développer une certaine autonomie, tout en maintenant un cadre sécurisant. Il représente alors une base de sécurité pour le bébé [13].

Enfin, durant la troisième année, le parent et l'enfant expérimentent plus une relation de partenariat, l'enfant étant capable de faire part de ses besoins et attentes, et le parent de les moduler. Les comportements de signalisation étant adaptés entre le parent et l'enfant, vient une phase de négociations et de tests [14]. L'enfant cherchant plus à développer les liens sociaux en dehors du cadre connu, le maintien de la proximité physique avec le *caregiver* diminue au fur et à mesure. Il peut, de lui-même, réguler la distance optimale qu'il va maintenir avec son *caregiver*. À ce stade, l'enfant a les capacités de construire une représentation mentale de son *caregiver* et donc de mieux tolérer les séparations. Ainsi se développe un partenariat dit "corrigé quant au but" qui sera suscité au moment des séparations et conflits d'autorité arrivant vers les 2 ans. Le parent et l'enfant doivent atteindre un but commun en adaptant leur comportement l'un à l'autre. Cela nécessite la connaissance des comportements et états émotionnels de chacun.

Tous ces éléments parentaux, sous-tendent le concept de **mentalisation** qui est la capacité de comprendre son propre comportement et celui d'autrui, en termes d'états mentaux sous-jacents. Le parent interprète les signaux du bébé, afin d'en extraire ses états mentaux intentionnels. De ce fait, ce que le parent comprendra d'un pleur ou d'un cri de son bébé influencera son comportement de réponse.

Quels doivent donc être les points d'attention d'un trouble de l'attachement ?

Nous avons décrit le concept de l'attachement, mais surtout son développement conjoint chez le parent et le bébé. Les notions de synchronie, réciprocité, mentalisation montrent l'importance de l'adaptation et de la compréhension de chacun des protagonistes pour créer un lien d'attachement qui se veut sécurisant.

Il est important de comprendre qu'au-delà du développement de la relation parent-enfant, la théorie de l'attachement conditionne les relations sociales et intimes de l'être en devenir. En effet, ce dernier apprend et intériorise durant les relations précoces avec ses parents, ou *caregiver*, les principes de relations sociales qui seront par la suite sollicités dans les relations professionnelles, amicales et amoureuses [15]. Les comportements et réponses du *caregiver* envers son bébé, les états émotionnels que le *caregiver* exprime face aux comportements et émotions de son enfant vont être intégrés dans l'imaginaire de l'enfant. L'enfant va ainsi développer une morale et une compréhension du monde [16]. De la qualité et la sécurité de la relation avec son *caregiver*, l'enfant va développer une image de lui-même, une "estime de soi". Du comportement du parent face à l'exploration de l'environnement par l'enfant, ce dernier développera une compréhension du monde extérieur sécurisante ou insécurisante. L'enfant construit donc son **modèle de relation sociale** [16].

Toutes les étapes du développement psychomoteur, permettent une exploration de l'environnement du bébé, le développement de son lien social et donc de l'attachement. Cela sous-entend le bon fonctionnement des structures neuronales sous-jacentes permettant un développement harmonieux et une adaptation cognitivo-émotionnelle du bébé. De ce fait, les enfants **nés prématurés**, ayant eu des **troubles périnataux**

(réanimation, hémorragie), présentant un **trouble du neurodéveloppement** [17] ou une **malformation** impactant le développement psychomoteur (comme certaines pathologies génétiques), peuvent rencontrer des difficultés dans la relation parent-enfant. Cela se traduira par des difficultés ou incapacités du bébé à réaliser les signaux nécessaires et compréhensibles, ou à s'adapter à la conduite du *caregiver*.

Pour le parent, la présence de **pathologies psychiatriques** décompensées ou non traitées [18], **l'isolement socio-culturel**, **les antécédents de violences** (intrafamiliales, conjugales) [19], la **sur-stimulation** ou **sous-stimulation** du bébé dues à des informations erronées de parentalité impactent négativement le lien d'attachement. En effet, ces situations ne permettent pas au parent de gérer ses émotions ou d'observer son bébé. Ainsi, le parent ne peut représenter une base de sécurité pour le bébé qui perçoit la fluctuation et la fragilité du lien dans le cas de troubles psychiatriques, par exemple. Dans le cadre de difficultés d'ajustement (stimulation mal calibrée), le bébé ne peut se reposer et tester de lui-même la relation (sur-stimulation) ou, au contraire, est laissé seul sans interaction de la part du parent (sous-stimulation). Les bébés de parents ayant un niveau socio-économique défavorable présentent également des retards dans les acquisitions, du fait des difficultés d'interactions des parents, en plus des risques de troubles périnataux, plus important dans des conditions sociales difficiles [20]. La présence de ces fragilités physiques, psychiques et socio-économiques, peuvent donc induire des troubles de l'attachement. **Toutes ces situations sont à risque de négligence, voire de maltraitance infantile** [21].

Les troubles de l'attachement se manifestent chez le bébé et l'enfant globalement par des **difficultés de régulation des émotions**, **des difficultés relationnelles et comportementales**. Cela peut se traduire sur le plan psychomoteur par un

repli ou au contraire une grande familiarité avec des **prises en danger** de l'enfant qui ne connaît pas les limites, ni ce qui fait ou pas danger. Nous pouvons aussi retrouver des **troubles de la communication**, voire de la **construction du langage**, des **troubles psychomoteurs** comme des régressions ou perte du tonus chez les nourrissons. Il est important, face à la présence de troubles psychomoteurs, de faire **dépister un potentiel trouble neurologique** sous-jacent. Sur le plan psychopathologique, les enfants peuvent développer des **troubles anxieux**, des **troubles du comportement** ou encore de la **dépression** (Cf *Question Flash : Dépression du nourrisson*).

Chez les parents, plusieurs éléments peuvent nous orienter vers la présence d'un potentiel trouble de la relation et de l'attachement. Un **épuisement** psychique marqué et persistant, des **négligences affectives** face au bébé, comme un investissement peu marqué dans la relation et les soins, des négligences éducatives (absence de cadre) ou encore la présence de **violences** avérées sont des éléments en faveur d'un dysfonctionnement du parent envers son enfant, de son incapacité à s'investir de manière adaptée dans la relation. Le repérage des situations socio-économiques précaires, des troubles anténataux et périnataux, ainsi que des troubles psychopathologiques chez les parents constituent, à ce titre, une priorité majeure de santé publique.

Toute situation à risque doit être **évaluée** puis **accompagnée précocement**, et avec la plus grande attention, dès la maternité, le service de néonatalogie ou la consultation libérale. Les dispositifs de soins ambulatoires de la petite enfance (PMI, maison/centre de santé, soins à domicile, réseau de santé de périnatalité) doivent être sollicités si besoin.

Plusieurs niveaux d'accompagnement en fonction des situations peuvent être proposés :

– un accompagnement sociofamilial : par l'utilisation de personne ressource

autre que les parents comme les grands parents, oncle/tante, la communauté socioculturelle ou les associations (voir CAF et mairie) ;
– les dispositifs de soins, qu'ils soient en cabinet ou pouvant se déplacer à domicile : PMI, sage-femme, consultation pédiatrique, lieux d'accompagnements parents-enfants, Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et aide sociale à l'enfance.

Enfin, il est important de ne pas sous-estimer l'impact au long cours, ni la gravité des dysfonctionnements de la relation précoce. Si besoin, une **information préoccupante**, un **signalement judiciaire**, une **hospitalisation mère-bébé** (HDJ/HC), une **aide éducative/parentalité**, ou encore une **thérapie familiale** devront être proposés.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOWLBY J. *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization, 1951.
2. SEAY B, HARLOW HF. Maternal separation in the rhesus monkey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1965.
3. GUÉDENEY NetA. L'Attachement: approche théorique. Ed Psychopathologie Elsevier Masson, 4^e Edition, 2016.
4. MARX V, NAGY E. Fetal behavioural responses to maternal voice and touch. *PloS one*, 2015;10:e0129118.
5. VOEGTLINE KM, COSTIGAN KA, PATER HA *et al*. Near-term fetal response to maternal spoken voice. *Infant Behav Dev*, 2013;36, 526-533.
6. KISILEVSKY BS, HAINS SM, LEE K *et al*. Effects of experience on fetal voice recognition. *Psychol sci*, 2003;14:220-224.
7. VELDMAN F. Haptonomie, science de l'affectivité, PUF, 8^e édition, juillet 2001, p.49.
8. MARX V, NAGY E. Fetal behavioral responses to the touch of the mother's abdomen: a Frame-by-frame analysis. *Infant BehavDev*, 2017;47:83-91.
9. MURPHY VE, SMITH R, GILES WB *et al*. Endocrine regulation of human fetal growth: the role of the mother, placenta, and fetus. *Endocrine rev*, 2006;27, 141-169.
10. CHARIL A, LAPLANTE DP, VAILLANCOURT C *et al*. Prenatal stress and brain development. *Brain res rev*, 2010;65,56-79.
11. JOHNSON MH, DZIURAWIEC S, ELLIS H *et al*. Newborns' preferential tracking of face-like stimuli and its subsequent decline. *Cognition*, 1991;40,1-19.
12. BUKA SL, LIPSITT LP. Newborn sucking behavior and its relation to *grasping*. *Infant behav dev*, 1991;14,59-67.
13. AINSWORTH MDS. Infancy in Uganda: infant care and the growth of love, 1967.
14. MARVIN RS, BRITNER PA. Normative development: the ontogeny of attachment. U: J. Cassidy i PR Shaver (ur.), handbook of attachment: theory, research, and clinical applications (44-67), New York, 1999.
15. AINSWORTH MDS. Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In Attachment across the life cycle (pp. 41-59). Routledge, 2006.
16. GUÉDENEY N et A. Les modèles internes opérants dans la théorie de l'attachement: le niveau des représentations. Chap 5. L'Attachement: Approche théorique. Ed Psychopathologie Elsevier Masson, 4^e Edition, 2016.
17. BUKA SL, LIPSITT LP. Newborn sucking behavior and its relation to *grasping*. *Infant behav dev*, 1991;14, 59-67.
18. STEIN A, PEARSO RM, GOODMAN SH *et al*. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 2014; 384:1800-1819.
19. BOND SB, BOND M. Attachment styles and violence within couples. *J nerv ment dis*, 2004;192:857-863.
20. ENE D, DER G, FLETCHER-WATSON S *et al*. Associations of socioeconomic deprivation and preterm birth with speech, language, and communication concerns among children aged 27 to 30 months. *JAMA netw open*, 2019;2:e1911027-e1911027.
21. GOODMAN WB, DODGE KA, BAI Y *et al*. Effect of a universal postpartum nurse home visiting program on child maltreatment and emergency medical care at 5 years of age: a randomized clinical trial. *JAMA netw open*, 2021;4:e2116024-e2116024.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.