

Les professionnels de la périnatalité accueillent le handicap

Sous la direction de
Nathalie Presme
Pierre Delion
Sylvain Missonnier



*Lisa Ouss-Ryngaert, Camila Saboia,
Roberta Simas, Christelle Bénony,
Bernard Golse*

Retentissement du handicap neurocognitif sur le développement du psychisme du bébé

De la caractérisation du processus à la prévention

Cette réflexion est issue de notre travail avec des bébés en difficulté de développement neurologique, dans l'unité de neuro-pédiatrie de Necker.

Lisa Ouss-Ryngaert, pédopsychiatre ; Camila Saboia, psychologue clinicienne ; Roberta Simas, pédopsychiatre ; Christelle Bénony, psychologue clinicienne, psychanalyste, maître de conférence de psychologie clinique et de psychopathologie ; Bernard Golse, professeur de pédopsychiatrie, chef de service à Necker.

Certaines questions ont émergé de manière particulièrement aiguë. Nous proposons de partager ces questions et les éléments de réponse que nous essayons de leur donner. En effet, une meilleure caractérisation du processus de construction de l'enfant, avec ses avatars, nous semble un prérequis nécessaire à la mise en place de méthodes thérapeutiques adaptées.

Le cadre général de notre propos est d'envisager *des modèles de compréhension et d'intervention précoce, entre neurologie et psychanalyse*. En effet, avec des bébés en difficulté de développement, il nous semble indispensable de ne laisser de côté ni le développement du bébé dans sa dimension cognitive, motrice, et celle que nous nommerons par commodité « instrumentale », ni la dimension du développement psychique, à savoir ce que le bébé va faire de ses capacités instrumentales pour se constituer comme sujet pensant, évoluant dans le monde relationnel.

Comment se construit un bébé neurologiquement atteint ?

Le développement des bébés avec atteinte instrumentale suscite des questions particulières :

1. Sur le plan du développement psychomoteur et cognitif :

Une phase de développement « non acquise » à une certaine période pourra-t-elle s'acquérir ultérieurement ? Cette fonction sera-t-elle modifiée, ou

pas? Quels sont les facteurs prédictifs de l'acquisition, ou de la non-acquisition d'une fonction?

2. Sur le plan de la construction des interactions et de l'attachement:

Quelles seront les particularités de l'interaction entre un bébé avec troubles neurologiques et ses parents? Les modalités d'attachement sont-elles modifiées chez ces enfants? Lorsqu'elles le sont, est-ce l'expression du trouble neurologique, ou d'une modalité défensive?

3. Sur le plan de la construction de la personnalité et du monde interne:

Quelles sont les particularités de la construction psychique quand l'instrumentation du bébé est entravée? Comment s'étaient les pulsions, comment se construisent les objets internes? Quelle est l'organisation des mécanismes défensifs lorsque l'on connaît l'importance de la genèse de l'image du corps en tant que premier moi et de la structuration de l'espace qui l'accompagne (Haag, 1991)?

On peut en effet mettre en correspondance certaines capacités cognitives du bébé avec la construction psychique. Ainsi, avant 4 mois, le monde du bébé est autocentré. C'est à ce moment que se construisent les processus d'identification primaire. De 4 à 12 mois, les relations spatiales et projectives se mettent en place; c'est l'époque de l'identification projective. Enfin, à partir de 12 mois, mais surtout après 2 ans, le déplacement du bébé

permet l'hétéro-centration, mais peut-être aussi les capacités d'introjection et d'identification.

Une pathologie précoce paradigmatique : le syndrome de West

Il s'agit d'une épilepsie précoce de l'enfant, caractérisée par une triade typique : spasmes, retard psychomoteur et activité diffuse paroxystique à l'EEG (hypsarythmie). La particularité de ce syndrome est la fréquence des *évolutions autistiques*, de 7 à 33 % selon les séries (Ouss-Ryngaert, 2008).

Nous pouvons alors proposer deux types de modèles de liens entre trouble neurologique et autisme.

Deux types de modèles, du cerveau à la clinique

Le premier est *centrifuge* : les troubles de l'enfant vont retentir sur sa manière d'interagir avec son parent ou son partenaire. Nous pouvons, au sein de ces modèles, distinguer (Ouss-Ryngaert, 2008) :

- *les modèles neurologiques spécifiques* : des hypothèses ont été faites, en particulier celles d'une atteinte pariéto-occipitale dans les aires associatives transmodales, ou d'une atteinte temporale, ou d'une agnosie visuelle ;
- *les modèles neurologiques non spécifiques*, qui traduisent l'impact des problèmes neurologiques

sur le développement sensori-moteur, les processus représentationnel et interactif, l'accordage affectif ; — *le modèle psychodynamique* relève de cette logique centrifuge. Le processus de démantèlement de Meltzer (1980), qui décrit le clivage des perceptions sensorielles par l'enfant pour ne pas être submergé par elles, est une déclinaison clinique de l'atteinte transmodale, qui postule des difficultés à lier les afférences sensorielles venues de canaux différents.

Le deuxième modèle est *centripète*, du partenaire vers le bébé. Il décrit les difficultés dans la capacité à établir une interaction accordée entre le bébé et ses partenaires, en raison de problèmes neurologiques spécifiques.

Le projet PILE

Le projet PILE ou Programme international sur le langage de l'enfant, étudié, à l'hôpital Necker, le développement de différentes cohortes de bébés à risque, selon quatre axes complémentaires (interactif, développemental, psychodynamique et attachement), en mettant l'accent sur le développement du langage : le développement de l'enfant, dans sa dimension psychomotrice et cognitive ; l'interaction mère-enfant ; l'attachement ; et la construction psychique.

Notre recherche n'est qu'à une phase préliminaire qui n'autorise pas de publier les résultats, mais nous

pouvons cependant déjà relever quelques tendances qui nous aident à étayer ou constituer nos hypothèses de recherche.

Au niveau du développement

Elle a été faite avec le Brunet-Lézine (Josse, 1997), à l'âge de 1 an, et mesure le quotient de développement de 0 à 30 mois, selon quatre aspects principaux : développement postural, coordination, langage et socialisation.

On peut distinguer deux groupes de bébés : ceux dont le développement psychomoteur est dans la norme, et ceux avec retard de développement.

Au niveau de l'interaction

Elle est effectuée à l'aide de la CIB (Feldman, Coding Interactive Behavior, 1998). Il s'agit d'une échelle d'évaluation des comportements interactifs parents-enfant pour des enfants âgés de 2 à 36 mois, dont les items sont classés en sept dimensions :

- pour le parent : la sensibilité, l'intrusivité, la pose de limites ;
- pour l'enfant : l'engagement, le repli ;
- pour la dyade : la réciprocité, les états négatifs.

Une pathologie neurologique débutant dans la fin du premier trimestre retentit très précocement, dans la première année de vie, sur l'interaction mère-bébé. La mère semble s'adapter aux difficultés du bébé, les interactions sont différentes de celles

observées avec un bébé témoin: la mère est plus sensible, et le bébé plus en retrait. Il y aurait comme un renforcement de la disponibilité et de la « compétence » interactive maternelle pour pallier les difficultés du bébé, à un niveau « primaire ».

Au niveau de la construction psychique

Elle a été évaluée par la Mallette projective première enfance MPPE: un outil clinique pour évaluer la personnalité du petit enfant de 6 mois à 4 ans (Roman, 2005). La passation consiste en un épisode de jeu libre, avec des jouets standardisés, dans un espace de jeu délimité et dans un temps limité à trente minutes. Le but est de comprendre comment l'enfant accède aux processus de symbolisation. La passation a été faite entre 12 et 18 mois.

La présence d'une pathologie neurologique a des répercussions précoces sur la nature et l'organisation des explorations du monde environnant. Ceci semble évident lorsqu'il existe une difficulté développementale, mais existe même en l'absence de retard de développement ou de trouble instrumental patent. Les bébés avec retard de développement ont, en effet, des difficultés à s'engager dans le jeu, ont davantage recours au clinicien, présentent des procédés sensori-moteurs et des explorations pauvres. Les relations avec l'objet sont difficiles, les ébauches éphémères et stéréotypées. Les enfants semblent avoir des difficultés à circuler dans une aire

intermédiaire. On peut s'interroger sur des difficultés d'investissement pulsionnel ultérieures. Mais ce qui est frappant est que les enfants sans retard de développement, bien que montrant une passation plus banale, font également moins appel aux procédés sensori-moteurs, au profit de l'augmentation du recours au clinicien. Ils n'ont pas de problème d'engagement vers un monde symbolique mais requièrent un étayage accru du partenaire de jeu.

Il semble donc qu'il y ait précocement une influence de la pathologie sur l'interaction mère-bébé, même lorsqu'il n'y a pas de retentissement cognitif chez le bébé.

Le mode de « construction » de l'objet, trouvé par le bébé mais créé par lui, est construit sur le monde interne du bébé. Ce monde externe est intériorisé comme réalité interne, qui va à son tour structurer le mode d'exploration du monde externe.

Au niveau de l'attachement

L'attachement est évalué à l'aide de la « Situation étrange » (Ainsworth, 1978), à l'âge de 18 mois.

Il semble qu'il y ait un taux d'attachement sécure plus faible que dans la population générale, indépendamment du niveau de développement. La pathologie neurologique générerait des particularités dans la mise en place de l'attachement.

Nous pouvons voir comment s'établit une forme de « cercle vicieux » entre trouble développemental

et trouble interactif: la présence d'un trouble du développement génère des difficultés interactives, qui à leur tour vont retentir sur le développement de l'enfant, et la constitution de ses modalités d'attachement, sous la forme de répétition de patterns secondairement stabilisés, que cette interaction se produise avec les personnes ou avec le monde physique environnant.

Vers un modèle pluridimensionnel du cadre des interventions?

Nous pouvons distinguer six niveaux différents d'action en différenciant, d'une part les troubles d'origine centrifuge (provenant du bébé) et ceux d'origine centripète (la réaction de la mère aux troubles du bébé), et d'autre part les niveaux possibles de dysfonctionnement chez les bébés à risque, décrits par A. Bullinger (2004) :

- le niveau biologique de l'équipement neuro-sensoriel du bébé;
- le niveau physique: quantité et qualité des flux sensoriels et de la stimulation;
- le niveau relationnel: impact de ces troubles sur la relation et l'adaptation du/au bébé.

L'intérêt d'un tel tableau est de pouvoir différencier les niveaux d'intervention thérapeutiques. Plus que de les mettre en concurrence, il s'agit de bien identifier les symptômes et de proposer des

modalités de prise en charge spécifiques à chacun des six niveaux¹.

	Centrifuge Du bébé à la mère	Centripète De la mère au bébé
NEURO-BIOLOGIQUE <i>Intervention instrumentale</i>	1. Troubles neurologiques, toniques du bébé <i>Rééducation</i>	4. Dépression maternelle? <i>Traitement biologique</i>
PHYSIQUE <i>Intervention type guidance</i>	2. Dys-engagement dans la contingence <i>Travail sur les flux sensoriels, recrutement attentionnel</i>	5. Dysstimulation par désajustement <i>Guidance parentale, travail sur les régularités interactives</i>
RELATIONNEL <i>Intervention psychodynamique</i>	3. Bébé atone, fuyant, agité <i>Travail attention conjointe</i>	6. Parents déséparés <i>Travail sur les représentations</i>

— Niveau 1 : Il existe globalement deux manières de travailler avec une fonction défaillante :
— chercher à la rééduquer quand cela est possible : le travail sur les postures, la motricité, le contrôle tonico-postural permet d'aider le bébé à réguler de manière plus harmonieuse ses états corporels et émotionnels ; le travail sur le contrôle visuel est fondamental. Il

1. En italique sont notées les différentes modalités d'intervention.

permet notamment de libérer le regard de sa fonction de contrôle postural, et de le laisser disponible pour l'interaction. Enfin, certaines approches spécifiques, comme la prise en charge de l'oralité, sont préconisées en fonction de la clinique ;

- proposer un aménagement de l'environnement pour pallier l'absence de la fonction (par exemple, proposer un siège moulé pour obtenir une posture permettant l'exploration visuelle.

Le traitement médical reste cependant le facteur pronostique le plus déterminant pour le devenir des enfants avec syndrome de West.

Certaines interventions sont sous-tendues par une conception fondée sur la notion de plasticité cérébrale : les méthodes du *patterning*, du *brain training* (Mac Alpine, 2004), *brainwave*, *floor time* (Greenspan, 1998), sous des techniques à support et théorisation différents, proposent toutes des interventions dites « instrumentales » qui visent à développer certaines fonctions et, par voie ascendante, et par plasticité, à rendre fonctionnelles les zones cérébrales impliquées dans la fonction. Aucune de ces méthodes n'a jusqu'ici fait preuve de son efficacité. Si elles partent d'une hypothèse séduisante, celle de l'effet ascendant d'une stimulation fonctionnelle, leur mise en œuvre opératoire a souvent abouti à des excès dommageables.

- Niveau 2 : Au niveau physique de l'enfant, il s'agit de travailler sur la quantité, la qualité des flux

sensoriels et des stimulations, de proposer un travail sur les flux sensoriels défaillants (vision, toucher, vestibulaire...) ou dysinstrumentés (comme le regard essentiellement dévolu au contrôle postural). Un travail sur l'attention conjointe, recrutée par les autres flux sensoriels, permet de rendre le bébé syntone dans l'interaction, en le faisant accéder à un recrutement attentionnel suffisant.

— *Niveau 3* : Au niveau relationnel du bébé, il s'agit de le rendre acteur dans la relation. Il faut pour cela travailler sur l'attention conjointe (en repérant l'importance du retrait, de la fatigue, de la fuite du regard). Il est également important de choisir des « moments » de disponibilité pour envisager un travail avec lui, et se laisser guider par ce qu'il propose. Le thérapeute peut alors servir d'intermédiaire pour aider le bébé à l'interaction avec le monde.

— *Niveau 4* : Au niveau neurobiologique maternel, il s'agit de pouvoir proposer, si c'est nécessaire, une prise en charge des troubles tels que la dépression.

— *Niveau 5* : Au niveau physique parental, il s'agit de travailler sur les séquences interactives : existe-t-il une tendance à la sur ou sous-stimulation (quantité) ? Il est important de travailler sur les dysengagements (qualité) : qualité, niveau de stimulation...

La dimension rythmique est importante, en ce qu'elle permet une prise de sens de l'interaction dans la régularité, la surprise, qui s'inscriront secon-

dairement dans une capacité anticipatoire et un réseau de significations.

— *Niveau 6* : Enfin, au niveau relationnel familial, il s'agit de travailler sur les projections parentales, la manière dont une histoire passée va se rejouer dans l'interaction présente en raison, notamment, de la maladie, ou comment des conflits névrotiques vont se réactualiser. Il s'agit d'un travail psychodynamique proprement dit.

Ce travail ne se décompose bien évidemment pas aussi « simplement » en cases séparées, mais se construit au fur et à mesure des consultations.

En conclusion

Ce type de recherche a plusieurs intérêts :

- sur le plan développemental : il nous renseigne sur la part nécessaire des compétences sensorimotrices dans la construction du psychisme, ainsi que sur l'organisation de la psychopathologie des troubles neurodéveloppementaux ;
- sur le plan thérapeutique : il insiste sur l'importance d'introduire une autre dimension dans la prise en charge des bébés avec risque développemental : l'interaction.

En effet, usuellement, nous travaillons à l'aide de modèles tridimensionnels : l'enfant, le parent, et l'interaction parents-enfant, sans prendre en compte le niveau « d'équipement » du bébé. Un

modèle de la lecture multiple, tel que nous avons pu le développer précédemment (Ouss-Ryngaert, 2007), nous semble pertinent: il introduit ce quatrième niveau, et nous oblige en conséquence à modifier nos représentations.

Bibliographie

- AINSWORTH, M.; BLEHAR, M.; WATERS, E.; Wall S. 1978. *Patterns of Attachment*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- FELDMAN, R. 1998. *Coding Interactive Behavior Manual*, Unpublished Manual, Bar-Ilan University, Israel.
- GREENSPAN, I.S.; WIEDER, S.; WESLEY, A. 1998. *The Child with Special Needs: Encouraging Intellectual and Emotional Growth*, Jackson, Perseus Books.
- HAAG, G. 1991. «Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses», *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 10, 73-90.
- JOSSE, D. 1997. «Brunet-Lézine Révisé: échelle de développement psychomoteur de la première enfance», *Le manuel BLR-C*, Paris, EAP.
- MACALPINE, M. 2004. *Brain Training: New Hope for Children with Delayed Development*, Mac Alpine.
- MELTZER, D.; BREMNER, J.; HOXTER, S.; WEDDELL, D.; WITTENBERG, I. 1980. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.
- OUSS-RYNGAERT, L. 2007. «Impact des neurosciences sur la pratique psychanalytique: La double lecture comme clinique "neuro-psychanalytique" », *Revue française de psychanalyse*, 2, 419-436.

- OUSS-RYNGAERT, L. 2008. « Une approche intégrative et neuropsychanalytique. Suivi pluridimensionnel d'une cohorte de bébés épileptiques avec syndrome de West. De l'évaluation, au soin », thèse pour le doctorat d'État, Paris 7, octobre 2008.
- PASCAL, R. 2005. « La malette projective première enfance (MPPE). Un outil clinique pour l'évaluation de la personnalité du jeune enfant », *Devenir*, 17, n° 3, p. 233-259.
- ROMAN, P. 2005. « La mallette projective première enfance (MPPE). Un outil clinique pour l'évaluation de la personnalité du jeune enfant », *Devenir*, 15, p. 233-259.