

**Journées Oralité : « Du cri au discours et les troubles des fonctions oro-faciales »**  
**Du diagnostic à la prise en charge**  
*27-28 janvier 2017*

**FMP - CHUM**

***Onomatopées, cris, hurlements : expressions corporelles du pré langage en thérapie psychomotrice***

***C. GUYOT, psychomotricienne, Casablanca***

*Les troubles de l'oralité nous interpellent à de nombreux égards et sollicitent de plus en plus les professionnels de l'enfance, ils justifient une réelle expertise car ces troubles sont fréquents, pluriels et touchent des aspects variés de la zone oro-faciale.*

*Ces 3<sup>ème</sup> journées d'orthophonie Maroco-Algériennes seront dans la continuité des précédentes éditions sans redondance et avancent avec les progrès de la recherche, de la réflexion et des expériences cliniques et thérapeutiques.*

*Elles feront appel à tous types de professionnels avertis et concernés par le sujet.*

*Nous espérons qu'elles auront autant de succès que les premières.*

*Cordialement*



## **Edvard Munch**

### **Chez le bébé :**

J'ai été interpellée par le titre de cette rencontre car , c'est au quotidien , que je rencontre ces bébés ou enfants « hurleurs » et en tant que psychomotricienne il me faut à la fois entendre , ressentir corporellement , comprendre (parfois) interpréter ( avec l'aide des parents présents ) chercher la bonne attitude corporelle , chantonner, murmurer ou se taire , sourire , se détendre, chercher la bonne distance entre l'enfant et moi, parfois m'éloigner et regarder l'attitude des adultes présents : bras contenant, câlins rassurants , gestes précis et /ou automatiques ( sucette ou scatta dans la bouche, biberon ou sein) devant les manifestations sonores devant une nouvelle expérience pour l'enfant, un nouveau lieu, de nouveaux visages, de nouvelles voix ...

Rappel : Le **développement psychomoteur** est l'évolution des acquisitions sensorielles, motrices et cognitives d'un individu au cours de sa vie. Il est évaluable par l'analyse de son comportement<sup>1</sup>. Ce développement est important chez le nourrisson et l'enfant, période de la vie où les acquisitions sont très nombreuses. Un retard de développement psychomoteur peut évoquer une pathologie neuropédiatrique ou pédopsychiatrique.

Ce développement est important chez l'enfant, ces périodes de la vie sont considérées comme celles où les acquisitions sont les plus nombreuses. Ce développement ne peut se faire que suivant un mode interactif entre ses différentes composantes et avec l'environnement relationnel de l'enfant.

Le terme de « développement psychomoteur » indique le caractère indissociable des aspects corporels et psychiques du développement. Il implique le parallélisme et la concomitance des progrès sur deux plans : la maturation neuromusculaire (tonus, motricité, sens) ; le développement psycho-affectif, cognitif et social. Le pivot de ces interactions est en fait social, soutenu par l'ensemble des émotions et des affects, des modifications toniques, mimiques et kinesthésiques que l'enfant éprouve au début de sa vie. Les premières cognitions, par exemple, s'organisent grâce aux interactions qui s'accumulent et à la synchronisation des vocalises et des échanges de regards entre le bébé et sa mère.

L'histoire psychomotrice diffère pour chaque enfant. Chaque situation requiert donc la plus grande attention, et une approche personnalisée pour identifier au plus tôt les signaux émis par l'enfant et sa mère. Le développement psychomoteur s'accomplit selon une succession d'étapes incontournables mais avec un rythme propre à chaque enfant, et une chronologie relativement souple dans une certaine mesure.

### **Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans**

---

Un Rappel pour les besoins de cet exposé :

Le développement sensoriel, moteur, psycho-affectif et cognitif sont traités de façon différenciée. Cependant l'enfant grandit comme une entité globale, et les différents apports du développement s'enrichissent et se répondent dans un processus dynamique où les contextes sociaux et culturels ont toute leur importance.

### **Le développement psychomoteur de l'enfant suit plusieurs étapes :**

- 1<sup>re</sup> phase : nourrisson (0 à 1 mois) qui est une période impulsive pure où la motricité est spontanée il s'agit de réaction automatique primaire (réflexe archaïque) ;
- 2<sup>e</sup> phase : phase émotionnelle : décrite par Henri Wallon ; la motricité perd de son caractère impulsif ;
- 3<sup>e</sup> phase : phase de perfectionnement ; contrôle tonico-moteur (« exubérance motrice ») + apparition de la latéralisation (droitier/gaucher).

### **Audition [**

L'enfant entend dans l'utérus. Dès la naissance il tourne la tête vers une source sonore, sans toutefois distinguer les différentes sources sonores. Cette localisation de la source sonore se fera vers le troisième mois, ce qui lui permettra de distinguer les bruits et les voix. La maturation du systeme auditif sera effective vers le sixième mois, le bébé étant alors sensible aux intonations et à la musique.

Un trouble de l'audition peut être détecté à l'examen du huitième jour. Il peut aussi survenir plus tard, par exemple du fait d'une otite chronique. L'enfant ne réagit pas à l'appel ou au bruit, ne développe pas un langage structuré, paraît trop sage. On peut observer un retard de la parole, des difficultés scolaires, un repli sur soi ou une hyper-excitabilité...

### **Toucher[**

Le toucher est l'organisateur psychique de l'être humain, le sens à partir principalement duquel se développe le sentiment de l'unité du soi. Il est l'une des premières expériences du fœtus et du nouveau-né, dans le corps-à-corps avec sa mère (par exemple lors de la tétée).

La compétence tactile joue un rôle important, au travers des manipulations répétées, dans la découverte de son corps, des objets ensuite, puis dans l'apprentissage de l'environnement.

### **Le développement des capacités posturales .**

Durant les deux premiers mois la tête et le tronc sont mous, les membres hypertoniques (toujours fléchis). Progressivement l'axe du corps se tonifie, et bébé peut tenir sa tête droite et son dos ferme vers les 3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> mois, et peut vers la même période rouler sur le côté.

Vers le 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> mois il acquiert la capacité de rester assis s'il est tenu. Il peut s'appuyer sur les mains, rouler du dos sur le ventre, faire l'avion. Deux mois plus tard (7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois) il tient assis seul, et peut jouer avec ses pieds.

La reptation se met en place vers six mois, et le déplacement à quatre pattes se met en place lors du 8<sup>e</sup> mois. Les premiers pas apparaissent généralement entre 11 et 15 mois, en même temps que la capacité à pousser un objet devant lui. La marche se développera jusqu'au 18<sup>e</sup> mois, et jusqu'à trois ans l'enfant la perfectionnera jusqu'à pouvoir monter seul un escalier, jouer au ballon, courir, sauter à cloche-pied...

Durant cette période importante signalons que bébé va vers son « autonomie physique émotionnelle et cognitive » il est dans les premiers apprentissages des notions de base de l'orientation spatiale (par les premiers déplacements à quatre pattes, il « engrange » les

notions : aller vers, loin, prés, devant, derrière, sur sous, haut, bas, et les notions temporelles telles vite, doucement !

Cette période est, dans 80% pour cent des enfants rencontrés à mon cabinet, inexistante à cause de l'utilisation du « Youpala » qui non seulement est inutile et dangereuse mais entraîne une hypermobilité bien enregistrée car vécue dans la bonne humeur et risque d'être continue dans le début de l'hyperactivité de l'enfant marchant !

Par ailleurs, durant cette période, l'enfant ne manipule pas de petits objets et la motricité manuelle est donc réduite.

**Justement :**

### **Le développement des capacités de préhension :**

---

Permet à l'enfant de se saisir de ce qu'il a vu, et ainsi d'appréhender le monde extérieur par manipulation et découvertes.

Le nouveau-né possède un réflexe d'agrippement des objets placés dans sa main. Ce réflexe évolue pour lui permettre vers les 3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> mois d'attraper un objet placé au contact de sa main. À la même période il fait la découverte de ses mains. La préhension volontaire et prolongée intervient aux 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> mois, ce qui lui permet de porter les objets à sa bouche.

La préhension s'affine progressivement. Les 7<sup>e</sup>-8<sup>e</sup> mois voient se développer la préhension en pince inférieure (entre le pouce et le petit doigt), la préhension en pince supérieure (entre le pouce et l'index) commençant à se mettre en place vers les 9<sup>e</sup>-10<sup>e</sup> mois. Dans le même temps l'enfant acquiert la capacité à relâcher volontairement et à jeter les objets. **Le manque de manipulation peut entraîner des difficultés à prendre l'outil scripteur au moment de peindre ou d'écrire !**

La pince supérieure se perfectionne vers la fin de la première année. Les deux années suivantes permettent à l'enfant de maîtriser des gestes de plus en plus précis et complexes, jusqu'à pouvoir manger ou se nettoyer seul, dessiner, tourner les pages d'un livre...

### **Conditions favorables du développement moteur [ : ]**

---

Le développement moteur est lié non seulement à la maturation neurologique du cerveau, mais dépend aussi d'un régime alimentaire adapté, de conditions de vie, d'habitat et d'hygiène correctes, de la stimulation apportée par l'environnement, de l'affection chaleureuse et sécurisante offerte par les parents et d'autres choses.

Le respect du développement de sa mobilité, et des activités adaptées au rythme de développement de l'enfant, sont également indispensables. Il est donc important de lui proposer des jouets correspondant à ses acquis, lui permettant de les approfondir et de faire de nouvelles découvertes. Jusqu'à 6 mois on lui proposera ainsi plutôt des objets orientés vers le « voir-entendre-toucher » (tels que peluches, hochets, mobiles musicaux, bouliers, tapis d'éveil...). De 7 à 10 mois environ ce seront plutôt les compétences de « saisir-jeter-pousser-mordiller » qui seront soutenus, par des objets tels que les cubes, les livres cartonnés, les gobelets gigognes. Vers 11-12 mois l'enfant aimera empiler, combiner, disperser, et appréciera les jouets à construire, les seaux, les pelles, râtaux... Puis viendront les jeux plus complexes permettant de « faire et défaire » vers 13-18 mois, et d'observer, imiter, imaginer, comprendre à partir de deux ans.

Petit à petit, en fond sonore un CD de chansons pour enfants (en arabe ou en français) , la famille du bébé sera invitée à s'asseoir sur le grand tapis d'éveil et bébé sera dans les bras de maman ou de la nounou, entre les jambes de papa, entouré de jouets, des petites balles de

diverses couleurs, une petite table pour moi où le gel aseptisant , le dossier à remplir , une clochette, la lettre du médecin prescripteur sont posés : mon arrivée dans ce champ de mise en confiance , se fera tranquillement , ma voix sera posée comme dans une conversation de « salon » ainsi je vais faire « tomber » la tension de chaque participant et noter et dire à voix haute, le prénom du bébé afin de l'inscrire dans la conversation / consultation !

Ce qui me semble essentiel d'obtenir c'est l'écoute du bébé de **son** histoire racontée par les personnes de son entourage depuis sa conception , son évolution dans le ventre de maman avec les joies, les peines, les doutes , les vécus émotionnels de maman jusqu'à sa naissance ! la plupart du temps bébé est silencieux et attentif à l'étonnement des adultes présents !

Si bébé est chez la psychomotricienne c'est qu'il présente un trouble ou un retard dans son développement psychomoteur : le psychomotricien fera une évaluation globale de son potentiel et posera des questions se rapportant à la façon dont l'enfant est stimulé ou non ou surstimulé parfois , qui s'occupe de lui dans la journée et comment, si il est mis devant un écran de TV ou prenant ses repas face à une tablette ou le téléphone, si il est beaucoup porté, si il a un lieu de jeux et quels sont ses jouets préférés, si il est posé dans un « Youpala » , si il dort dans son lit ou dans le lit de la maman avec elle, comment se nourrit-il , quels sont les moments où bébé se fait entendre par ses cris et l'interprétation de ces cris, enfin tout ce que bébé vit quotidiennement permet à la fois aux parents de prendre conscience que bébé est une personne à part entière avec son propre rythme de développement, son propre caractère , ses désirs et ses envies et qu'il faut du temps souvent pour l'accompagner dans ses propres expériences et la psychomotricienne est là pour aider non seulement bébé mais aussi les parents !

Quelles peuvent être les raisons des cris, des pleurs chez le bébé :

- La faim , la douleur, le sommeil, les couches à changer, les dents qui poussent, maman sait décoder ...
- Mais aussi un besoin qu'on lui parle dès son premier jour de naissance, besoin d'être câliné, porté, regardé, écouté, c'est son besoin de se sentir en sécurité qui domine !
- Si bébé présente un niveau psychomoteur entre 8 et 13 mois, il faut savoir que c'est le stade de « la peur de l'étranger » et en tenir compte !
- Il n'aime pas les médecins, me disent certaines mamans, il a été trop souvent ausculté, a reçu des piqûres, a été hospitalisé en France trop longtemps, (c'est ainsi qu'il n'aimera pas ma voix au début de la prise en charge et j'en tiens compte)

Le psychomotricien va trouver diverses stratégies pour contenir la détresse de certains bébés telles le « hamac » : dans un drap tenu par les deux parents, bébé est au centre et est balancé au rythme des voix aimantes, elle va faire rouler plusieurs balles vers les parents et lui , elle va proposer les balancements sur le gros ballon réalisés soit par papa soit par maman, le

but du jeu étant de faire baisser le seuil d'angoisse , d'apporter une détente physique et émotionnelle !

### **Chez l'enfant à partir de 30 mois :**

Avant de rencontrer une orthophoniste, les parents d'enfants dits « en retard du langage » mais qui poussent des cris jusqu'aux hurlements, présentant des troubles du comportement tels se rouler par terre, se frapper la tête contre le sol, les murs, se gifler parfois, jeter les objets, vont rencontrer un pédopsychiatre qui leur conseillera un PEA, et souvent, un bilan psychomoteur.

C'est ainsi que depuis cinq ans , je reçois entre 3 et 6 enfants par semaine , âgés entre 2ans1/2 et 5 ans , présentant non seulement un non langage mais des troubles du comportement importants : cris , hurlements, attitudes de refus , couchés sur le sol en gesticulant : **des signaux de souffrance , de refus, des peurs incontrôlées : l'enfant se donne à voir et à entendre !!**

Incompréhension de l'entourage familial, souvent l'enfant est tiré par le bras jusque dans ma salle ou\* je suis assise imperturbable et en observations des diverses attitudes des parents et de l'enfant !

Tout en demandant le prénom de l'enfant, je salue l'enfant par son prénom et je me présente à lui en disant le mien et j'invite les parents à s'asseoir près de moi et de me parler de leur enfant et je dis assez fort « bonjour Adam , je m'appelle Catherine et nous allons entendre, ensemble, ton histoire racontée par tes parents ! Tu peux jouer, écouter, te promener dans la salle : c'est comme tu veux ! »

Parfois , à ma voix, l'enfant crie de plus belle et je demande si il a été hospitalisé en France , en ce cas, je note que mes mots, ma voix, son intonation font revivre certains traumatismes : séparation des parents, hospitalisation , des traitements douloureux ...

Les mots exprimés dans ma langue ne correspondent pas à ceux entendus au sein de la famille je changerais de tactique pour calmer et intéresser l'enfant : en position accroupie afin de me mettre à son niveau, je vais trouver des gestes d'approches (faire rouler un panier de balles multicolores

Très souvent, devant les jeux (ballons, voitures, tunnel, cerceaux) les tensions lâchent ! et l'enfant curieux se calme, les parents peuvent s'asseoir , me parler, me donner la lettre du pédopsychiatre et nous pouvons faire l'entretien tout en suivant les faits et gestes de l'enfant : ensemble : regarder son attitude , ses intérêts pour certains jouets, la manipulation ou non, ses divers déplacements avec ou non les allers et venues vers un ou les deux parents avant de repartir vers un objet mais souvent les hurlements cessent et font place à des onomatopées !

Ces enfants âgés entre 2ans1/2 et 5 ans ont en commun des parents aimants mais très occupés par leurs tâches quotidiennes !

Une grand-mère, une nounou font fonction d'éducatrices durant la journée et parfois toute la semaine sauf le week end et face au bébé elles font pour le mieux : nettoyer, nourrir, faire dormir et entre temps des plages horaires plus ou moins longues devant TV !!

Une maman me disait qu'elle avait installé dans la chambre de son bébé, la TV au plafond afin de mettre son bébé devant des séries enfantines pour qu'il puisse développer son langage !

Une des émissions les plus regardées étant « torreljénaa » traduit par « l'oiseau du Paradis » !

Le livre ci-dessous écrit par un chercheur à l'Inserm développe les méfaits de la TV sur les cerveaux !

### *TV lobotomie : la vérité scientifique sur les effets de la télévision,*

- [Michel Desmurget sur France Inter dans la Tête au Carré du 12 mai 2011](#) (ajouté le 3 février 2012)
- *Télé : attention, danger public 2011*, Le Monde, samedi 8 octobre (ajouté le 25 avril 2012)

« Et cela commence très tôt. Les parents sont incités à coller leurs mouflets devant la petite lanterne pour avoir plus de temps pour faire autre chose : une fois devant l'écran, les jeunes enfants deviennent sages comme « *des bovins apathiques*. » Plus besoin de s'en occuper constamment (p. 47). Or « *le volume de télévision absorbé durant la petite enfance annonce globalement la consommation adolescente, qui augure elle-même de l'exposition adulte* » (p. 46). »

*Tous les champs sont touchés, de l'intelligence à l'imagination, en passant par le langage, la lecture, l'attention et la motricité.* » (p. 136)

Ces enfants rencontrés de plus en plus fréquemment chez tous les spécialistes de la petite enfance montrent des signes autistiques évidents que l'on nomme Troubles du Spectre Autistique

### **Nous observons, chez ces enfants :**

- troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale ;
- altérations qualitatives des interactions sociales réciproques ;
- comportement présentant des activités et des centres d'intérêt restreints, stéréotypés et répétitifs.

Cette « triade autistique » reste aujourd'hui une référence pour identifier et définir l'autisme et le **trouble envahissant du développement**. Cette catégorie (en abrégé : TED) est apparue en 1994 avec le passage du DSM III au DSM IV<sup>18</sup>, mais la tendance en 2011 semble être à la préférence de la **notion de spectre autistique** et à la simplification de la triade en deux critères : l'un social, l'autre comportemental<sup>147</sup>. Cette description clinique a permis le développement, dans les **années 1990**, de la recherche en **génétique** et en **neurophysiologie** sur les causes et le traitement de l'autisme, puis du spectre autistique.

Une communication (non verbale) existe chez beaucoup d'enfants autistes (par exemple quand ils prennent non pas leur main, mais la main d'une autre personne pour la diriger vers un frigidaire pour demander à manger, ou vers la poignée d'une porte pour signifier qu'ils aimeraient sortir)<sup>1</sup>

Lorsque l'enfant fait du « flapping » je vois mon fils “flapper” lorsqu’il est content, ou intéressé. Chez certaines personnes, c’est la nervosité qui déclenche le flapping. J’ai lu que ça les aidait à vider le trop-plein d’émotions.

Les cris accompagnent souvent le « flapping » !

**Sachant que :** le dialogue tonico-émotionnel ( expliqué par Ajuriaguerra ) constitue incontestablement un des supports privilégié de la transmission émotionnelle, capitale pour le bon développement du bébé et l’acquisition, par la suite, du langage. Ces premiers échanges ont lieu sur un fond de trans-subjectivité entre mère et bébé. Il paraît donc primordial d’accorder un intérêt tout particulier à ces émotions enkystées dans l’inconscient parental sans moyen d’être transformées en représentations. L’intervention possible d’un tiers dans cette relation paraît être un enjeu capital pour la mère, le bébé et leur relation à tous les deux.

### **Langage verbal et expression corporelle :**

Le développement du langage verbal et corporel est sous-tendu par le développement intellectuel, aussi bien sensori-moteur que psycho-affectif. Ils sont également liés entre eux, et dépendent de l’environnement affectif et culturel (dès la vie fœtale) stimulant et source de stimulations, mais également de l’intégrité des systèmes sensoriels de réception et d’expression. La qualité et l’acquisition du langage de l’enfant dépendent de l’attitude des adultes et de leur capacité à dialoguer avec l’enfant.

**Étapes de l’expression corporelle :** Le 2<sup>e</sup> mois voit l’apparition des premiers sourires aux visages familiers (père, frère et sœur), et bien sûr essentiellement à la mère. Le 3<sup>e</sup> mois est celui de l’apparition du langage du corps : frémissement actif, intentionnel et coordonné. Bébé s’agite, associant mouvements des pieds et des bras à des cris de joie ou de détresse. Il peut se crispier si sa mère veut le remettre au lit, tendre le corps vers l’objet convoité. Le développement de l’expression corporelle suivra ensuite celui des apprentissages sensori-moteurs et sociaux.

**Étapes du langage verbal :** Le langage verbal s’exerce dès les premières heures de vie et l’enfant, sensible à la voix humaine, va puiser au cours de ses interactions avec son environnement les éléments de reproduction et d’élaboration des sons, des mots et des phrases. À travers cet apprentissage c’est la construction de sa pensée que l’enfant va pouvoir développer. Durant les deux premiers mois l’enfant émet des vagissements, mais communique par les pleurs. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois sont marqués par la vocalisation (voyelles),

identique pour tous les enfants du monde, tandis que le babillage des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois est influencé par l'environnement linguistique de l'enfant. À partir du 7<sup>e</sup> mois apparaissent les monosyllabes (ma, pa, ba, da) qui s'organiseront progressivement entre elles, puis en mots et en phrases vers un an. L'enfant associe geste et parole dès le 9<sup>e</sup> mois. L'explosion du vocabulaire et de la syntaxe se fera au cours de la deuxième et de la troisième année.

### **Mais si personne n'est en face pour répondre ???**

**Devant un écran, il n'y a pas de dialogue mais un enregistrement de sons, de cris, d'onomatopées et une surcharge d'émotions se développent !**

**Lors de nos premiers entretiens avec les parents inquiets, qui se sont souvent renseignés soit sur Internet soit par des « ont dit » ou bien que le pédopsychiatre propose un travail en psychomotricité , je vais essayer d'établir une sorte de « contrat » avec la famille et l'enfant :**

- **changer les habitudes quotidiennes par l'arrêt immédiat des outils porteurs d'ondes (TV, Téléphones, tablettes)**
- **jouer avec des jouets de l'âge de chaque enfant**
- **parler à chacun en sollicitant le regard**
- **beaucoup les entourer de bras sécurisants**
- **prendre du temps pour l'alimentation , pour son endormissement et pour ses loisirs**
- **supprimer les sucreries, les sodas, tous les excitants alimentaires**
- **si l'enfant n'est pas scolarisé, je proposerais de trouver un jardin d'enfants afin qu'il soit en contact avec d'autres enfants même si il s'éloigne du groupe ( l'enfant enregistrera les diverses activités proposées )**
- **puis je proposerais d'intégrer l'enfant, deux heures par semaine, au sein d'un petit groupe de  $\frac{3}{4}$  enfants avec une équipe pluridisciplinaire comprenant une psychomotricienne, deux éducatrices, une orthophoniste afin de faire à la fois une observation pointue du potentiel et des manques de l'enfant ainsi qu'un début de changements d'habitudes : changement de lieux, de visages, de voix, d'attitudes, de sollicitations individuelles, en incluant, parfois, la maman ou la substitut maternelle !**

**Si les hurlements, les cris font parties des premières séances, ils révèlent, souvent, l'angoisse de séparation d'un enfant encore très immature et peu préparé sur le plan affectif et cognitif !**

**Nous inventerons divers stratagèmes (inclure maman par exemple afin qu'elle-même soit rassurée le temps nécessaire au sein des séances) , notre objectif premier étant que l'enfant se sente en sécurité, qu'il se repère dans ce temps proposé : un temps en psychomotricité, un temps en orthophonie et un plus longtemps avec les éducatrices qui accompagneront les enfants dans divers jeux à faire « semblant »**

**Garder le contact avec les parents avec l'école par l'intermédiaire d'un cahier de correspondances qui permet à chaque intervenant de connaître à la fois les activités de l'enfant dans diverses situations et faire un bilan des progrès de l'enfant tous les mois : mettre en évidence que l'enfant ne crie plus lors des séparations sachant que le processus de séparation psychique d'avec la mère est essentiel les trois premières années, et se prolonge tout au long de la vie , nous notons un premier pas vers l'autonomie et la socialisation de l'enfant.**

**Travailler avec la maman et parfois le papa avant, pendant et après les séances c'est rappeler les fonctionnements de base de la structuration de leur enfant :**

#### **Notion de dyade et phase symbiotique (jusqu'au 4<sup>e</sup> mois)**

**La dyade mère-enfant se constitue donc par la série d'échanges entre eux deux. Le sourire, notamment, constitue un organisateur du psychisme, il est le prototype des relations sociales du bébé avec son entourage. À ce titre il est un indice de fonctionnement de la dyade mère-enfant.**

**Au stade de la dyade la mère et l'enfant sont encore dans un état fusionnel où l'enfant ne fait pas de différence entre lui et sa mère. La mère joue alors le rôle de Moi auxiliaire de l'enfant. Le maternage permet à l'enfant de développer ses perceptions sensorielles : il perçoit peu à peu que la satisfaction des différents besoins provient d'un objet extérieur, représenté par la mère.**

**Différentes notions sont importantes à ce stade du développement :**

- **l'attachement** : **Bowlby** définit la pulsion d'attachement comme un besoin primaire, spécifique, présent à la naissance, avec des caractéristiques propre à l'espèce humaine, au même titre que la faim, la soif et le sommeil. La mère est dans cette perspective le premier objet primaire d'attachement. Le bébé est sécurisé par la présence de sa mère, et lorsqu'il commence à se déplacer par lui-même il ne s'éloigne pas d'elle au-delà d'une distance qui la lui laisse accessible. Cette pulsion d'attachement a aussi un rôle de socialisation. L'attachement se déplace en effet de la mère vers les proches, puis aux étrangers. Ceci aidera l'enfant à structurer sa personnalité ;
- **la préoccupation maternelle primaire** : il s'agit de la capacité d'empathie qui permet à la mère de savoir ce dont son bébé a besoin, d'anticiper sur les besoins de son bébé. Elle se traduit par de nombreuses interactions comportementales (échanges de regards, paroles lors des repas), sentimentales (émotion, plaisir partagé), imaginaires et fantasmatiques (rêveries, fantasmes et désirs au sujet de l'enfant) ;
- **la sécurité par le Holding** : Le **Holding**, notion décrite par **Winnicott**, désigne la façon dont l'enfant est porté **physiquement** et **psychiquement** par la mère (ou l'entourage). La mère favorise ainsi le sentiment d'exister du bébé : la qualité du portage (**Handling**), l'enveloppe corporelle que forme les bras de la mère et qui contient le

bébé, le protège de la sensation de « partir en morceaux », favorisant ainsi la maturation du Moi de l'enfant ;

- **le stade oral** : à la **symbiose** mère/enfant, qui se prolonge en partie tout au long de la première année, correspond un certain nombre de caractéristiques qui définissent le **stade oral**. À ce stade, la **zone érogène** est constituée par les lèvres, la langue et la cavité buccale tout entière. Il s'agit de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieur, avec la nourriture ou les informations sensitivo-sensorielles (nutrition ou perception). C'est l'année consacrée à la préhension : prise d'aliments mais aussi prise d'informations au sens large. La fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant et le plaisir oral vient s'étayer sur l'alimentation ;
- **du lien de l'allaitement à l'angoisse de sevrage** : l'allaitement contribue donc aux interactions mère/nourrisson. Son arrêt se produit lorsque l'enfant et la mère éprouvent le besoin souvent inconscient de se tourner vers l'extérieur. Le **sevrage**, passage de l'alimentation lactée à l'alimentation diversifiée, se met alors en place dès les premiers mois, avec deux moments difficiles : le passage du sein à la tétine, qui prive l'enfant des sensations liées au sein ; et l'introduction de la cuillère (à partir du 4<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> mois), qui amène une discontinuité supplémentaire dans l'alimentation. Il est important, lors de ce processus, que la mère accompagne l'enfant d'un « holding renforcé » à l'aide du toucher, du regard, de la parole. Le sevrage contribue au processus de séparation, et s'accompagne d'une **angoisse de sevrage**, qui est selon **Freud** une des **angoisses** constitutives de l'**angoisse de séparation**.

#### **La prise de conscience par l'enfant de son état de sujet :**

À partir du 4<sup>e</sup> mois se met en place le processus de **séparation-individuation**, qui va permettre la différenciation du bébé et le développement de son image corporelle. Par l'exploration progressive de son environnement (permise par le développement moteur, qu'elle soutient en retour) l'enfant semble de plus en plus pressentir que son corps est un ensemble unifié et délimité.

**L'angoisse du 8<sup>e</sup> mois** : Au cours du processus de séparation-individuation l'enfant se rend progressivement compte qu'il ne constitue pas une réalité unifiée avec sa mère. Il s'en aperçoit par le fait que sa mère est susceptible de disparaître, et qu'elle ne s'identifie pas avec les autres personnes de l'entourage. Il éprouve ainsi une angoisse lors de l'absence de sa mère, et un rejet des autres personnes de son entourage proche qu'il semble ne plus reconnaître. Ceci constitue l'**angoisse du 8<sup>e</sup> mois**, apaisée par l'**objet transitionnel** (le « doudou ») qui crée l'illusion de la permanence de l'objet émotionnel. Le doudou est également la première possession de l'enfant, et participe à la créativité et à la vie imaginative de l'enfant.

L'activité motrice de l'enfant, constamment améliorée, joue un rôle fondamental dans l'évolution de la relation avec sa mère. Tout en restant dans une proximité physique rassurante l'enfant se sent inconfortable dans la relation symbiotique avec sa mère et commence à s'en éloigner par un ensemble de déplacements qui correspond à ses capacités motrices du moment. C'est le **stade des essais, du 9<sup>e</sup> au 16<sup>e</sup> mois**.

**Le stade du rapprochement** : du 15<sup>e</sup> au 24<sup>e</sup> mois. À ce stade la peur de l'enfant de perdre l'amour de sa mère devient évidente. C'est une période marquée par l'instabilité de l'humeur, par des mouvements alternatifs de rapprochement et d'éloignement. La sphère sociale s'élargit, dépassant le cadre mère-enfant pour inclure davantage le papa, puis les pairs.

L'agressivité de la phase anale sous-tend cette période. Le **stade anal**, de 1 à 3 ans environ, correspond à l'acquisition de la notion de propreté chez l'enfant par le contrôle sphinctérien. C'est un premier pas vers la **socialisation** puisque bébé réalise qu'en fonction de son comportement il peut décider de faire plaisir ou non (**narcissisme secondaire**), et acquiert la capacité de dire « non ». Il s'agit de l'une de ses premières possibilités d'agir sur son environnement social. La phase anale présente ainsi des effets constructifs, notamment la revendication de l'autonomie par l'accès au « non ». L'enfant développe à ce moment la capacité à vivre seul, consolide son individualité et la permanence de l'objet émotionnel.

Suivra ensuite le **stade phallique** (au cours de la troisième année de vie), qui permettra notamment à l'enfant de prendre progressivement conscience de sa **différenciation sexuelle**.

### **L'acquisition du schéma corporel**

**L'image de notre corps se constitue par **identification** au corps de l'autre, mais cette identification se construit aussi en parallèle avec le processus de différenciation que nous venons de décrire.**

Entre 4 et 6 mois, l'enfant ne se reconnaît pas devant un miroir, il pense que c'est un autre enfant qui est en face de lui. Il le touche, lui parle, regarde derrière le miroir. Entre 6 et 8 mois il découvre que l'autre enfant dans le miroir n'est qu'une image et non un être réel. Vers 1 an il comprend que l'image du miroir c'est son propre corps. Il se perçoit comme un tout et s'identifie à l'image réfléchi. C'est sa mère qui, le regardant dans la glace, en lui disant « c'est toi, là » lui ouvre la voie de l'identification à l'image. (Lacan, le stade du miroir) C'est ainsi qu'il prend conscience de l'intégrité de son corps.

### **Développement cognitif :**

#### **Le développement intellectuel :**

Le développement de l'intelligence est une activité de l'esprit, un processus intellectuel dont la fonction est la connaissance et l'apprentissage des acquis. Il est aussi appelé **développement cognitif**. Il est caractérisé par deux phases, dont les deux premières sont :

- De 0 à 18 mois : l'**intelligence sensori-motrice**. C'est une intelligence qui se développe grâce à l'expérience concrète : actions réflexes, actions découvertes par hasard sur le corps puis sur les objets, et enfin actions volontaires, intentionnelles.
- De 18 mois à 3 ans : l'**intelligence symbolique**. L'enfant réfléchit avant d'agir, il aime les jeux symboliques (jouer à la poupée, à la dinette), il reproduit les actions des adultes en dehors de leur présence.

**L'importance de ces rappels de l'évolution des enfants dits « normaux » permet à chaque adulte, en charge de l'enfant présentant des troubles envahissants du comportement (TED) de « changer » soi-même nos comportements physique, émotionnel et cognitif afin de donner temps et attention jusqu'à l'empathie à cet enfant en difficultés d'entendre, de comprendre et d'être dans un monde qui n'est pas le sien : donner du sens à ce qui l'entoure !**