

Annik Beaulieu

Prévenir l'autisme du bébé à risque

Une approche corporelle et relationnelle

Préface de Bernard Golse



Annik Beaulieu

Prévenir l'autisme des bébés à risque

**Une approche corporelle et
relationnelle**



Copyright

© Érés, Toulouse, 2021

ISBN papier : 9782749271675

ISBN numérique : 9782749271682

Composition numérique : 2022

<https://www.editions-eres.com>

Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur et strictement réservée à l'usage privé du client. Toute reproduction ou diffusion au profit de tiers, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie de cette œuvre est strictement interdite et constitue une contrefaçon prévue par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'éditeur se réserve le droit de poursuivre toute atteinte à ses droits de propriété intellectuelle devant les juridictions civiles ou pénales.

Avec le soutien du



www.centrenationaldulivre.fr

Présentation

Comment les difficultés d'organisation corporelle des bébés à risque d'autisme peuvent-elles venir perturber les premiers liens avec les parents, depuis le corps-à-corps jusqu'aux interactions précoces ? L'auteur montre qu'une prise en charge précocissime et transdisciplinaire peut prévenir le glissement vers une pente autistique.

À partir de sa thèse, étayée sur son expérience d'ostéopathe de nourrissons, de rééducation périnéale auprès de mères et de psychologue psychanalyste des interactions précoces parents-bébé, Annik Beaulieu livre ici un travail qui fera date. Elle montre l'importance d'un diagnostic non pas précoce mais précocissime (avant 3-5 mois) et la nécessité d'une prise en soins d'emblée transdisciplinaire des bébés à risque d'autisme et de leurs parents. L'accent est mis sur l'épigenèse, au sens où les racines prénatales d'un trouble n'excluent en rien le poids des rencontres postnatales ultérieures. À partir de descriptions fines du bébé, autant dans sa motricité que dans ses habiletés relationnelles, le lecteur aiguisera ses capacités d'observation. Au fil des cas cliniques évoqués, il verra se tisser l'interrelation entre la motricité du bébé et la façon dont cette motricité devient signifiante pour le parent.

Table des matières

[Préface](#) (*Bernard Golse*)

[Introduction](#)

[Situation actuelle du TSA](#)

[Problématique et hypothèses](#)

[Description de notre démarche](#)

[I - Du côté du bébé](#)

[1. Le corps : quand l'outil devient l'obstacle](#)

[Les manifestations précoces de l'autisme](#)

[2. L'observation des films familiaux](#)

[Que peut-on conclure de ces différentes observations ?](#)

[3. L'observation des mouvements généraux](#)

[Description des mouvements généraux](#)

[Description des mouvements généraux en lien avec le développement du système nerveux](#)

[Formation du système nerveux central](#)

[Exemple de description de mouvements généraux, méthode de Hadders-Algra](#)

[Les mouvements *FIDGETY* et le « théâtre des mains »](#)

[MG et PMA : l'influence de l'infertilité](#)

[Une altération des mg favoriserait-elle les complications périnatales ?](#)

MG et TSA

MG et prématurité

Complications périnatales et TSA

4. Difficultés d'organisation corporelle et risque d'autisme

Persistance des réflexes archaïques

La détection précoce du syndrome d'Asperger

Absence de tenue de tête et risque d'autisme

Réflexe oculo-céphalogyre

5. L'hypothèse du sujet

La supposition du sujet

La clinique de l'hypothèse selon Jean Bergès

6. Le développement psychomoteur

Le dialogue tonico-émotionnel

Un corps qui se construit en interaction

La construction des différents espaces

Coconstruction de l'espace interne et de l'espace de relation

Le schéma d'extension

L'effet de représentation du schéma d'extension

II - Du côté de l'autre

7. La contenance

La contenance parentale en lien avec le schéma d'extension

Les trois mécanismes d'identifications décrits par Freud

8. Nouage RSI

Lacan, les enveloppes et l'objet a

L'enveloppe tricotée par le nouage *RSI*

L'effet de contenance du mamanais

9. Le champ pulsionnel

La recherche PRÉAUT

Le troisième temps pulsionnel

La pulsion selon Freud

10. L'excitation comme prémices à la pulsion

Qu'est-ce que l'excitation ?

Organisation du corps pulsionnel

III - La douleur du nourrisson

11. La réactivité à la douleur chez les enfants autistes

12. L'Esquisse d'une psychologie scientifique de Freud

Quelles sont les conséquences de la douleur chez le nourrisson ?

L'Esquisse de Freud dans le séminaire *L'ÉTHIQUE*

La douleur et les mécanismes de défense : du retrait relationnel au clivage schizo-paranoïde

13. La traversée de la naissance

Les accouchements par voie basse et leurs contraintes

Léo, une plagiocéphalie passée inaperçue

Amael, le petit garçon qui voulait sortir de là !

Le signal de départ, histoire de Jade

Le vécu de compression (forceps)

Le vécu de succion (ventouse)

Le vécu de dislocation (la dystocie d'épaule, Émilie)

14. Les plagiocéphalies

L'hypertonie en extension causée par la plagiocéphalie

Les plagiocéphalies

L'hypertonie en extension

Plagiocéphalie avec torticolis

L'empreinte de l'utérus en souvenir de maman

15. Les premiers temps du bébé

Le cytomégalovirus

L'ictère du nourrisson

Tsa et symptômes gastro-intestinaux

16. Les séquelles périnéales chez la mère

Le dialogue tonique entre le bébé et la mère pendant la grossesse et l'accouchement

L'intrication entre la douleur et l'hypertonie

17. L'ostéopathie pour soulager les douleurs et harmoniser le tonus

À quel niveau agit le traitement ostéopathique ?

La fréquence des séances

L'enseignement et la validité de la palpation ostéopathique

Conclusion

Un regard vers l'avenir

Bibliographie

Remerciements

Préface

Bernard Golse

Psychanalyste, professeur honoraire de psychiatrie infantile, ancien chef de service à l'hôpital Necker-Enfants malades, président de l'association Pikler Lóczy-France.

C'est un réel plaisir pour moi que de préfacer un texte qui fera date, me semble-t-il, en montrant l'importance, pour le bébé à risque d'autisme, d'une part d'un diagnostic non pas précoce mais *précocissime*, et d'autre part la nécessité d'une prise en charge d'emblée transdisciplinaire.

Le pronostic des bébés à risque d'autisme dépend en effet en grande partie de ces deux aspects, et il est très important à mes yeux que cela soit clairement affirmé par une psychanalyste.

La soutenance de la thèse d'Annik Beaulieu, travail que le lecteur découvrira donc ici, dans le cadre de son doctorat en psychopathologie et psychanalyse de l'Université de Paris, fut l'occasion, pour le jury dont j'étais, d'en reconnaître immédiatement les enjeux.

La psychanalyse dans le champ de l'autisme, en effet, actuellement et depuis plusieurs années, est l'objet d'attaques forcenées qui cachent mal, en fait, des attaques beaucoup plus

larges contre le soin psychique en général et, plus gravement encore, des attaques contre les sciences humaines dans leur ensemble.

Quoi qu'il en soit de ces combats d'idées qui menacent non seulement la liberté de soin mais aussi la liberté d'enseigner voire, tout simplement, la liberté de penser, ces attaques à l'encontre du travail des psychanalystes avec les enfants autistes visent souvent à proclamer que les psychanalystes interviennent trop tard, de manière non scientifique, ou encore solitaire, et au mépris de toute démarche diagnostique précoce.

En fait, si j'avais été moi-même un bébé en difficulté, j'aurais certainement été très heureux de pouvoir bénéficier de l'attention contenante et subjectivante d'Annik Beaulieu dont la triple compétence clinique, philosophique et psychanalytique, force l'admiration, triple compétence qui donne à son travail une consistance et une profondeur tout à fait remarquables. La démarche d'Annik Beaulieu m'apparaît en effet comme fondamentalement transdisciplinaire, ce qui est plus que précieux dans le contexte socio-culturel et scientifique qui s'organise aujourd'hui autour des troubles du spectre autistique (TSA), et que je viens de rappeler.

M'étant moi-même particulièrement investi dans les domaines du développement précoce, de l'autisme et de l'adoption, la problématique du lien s'avère donc centrale dans mes propres travaux, et c'est en cela que ce livre d'Annik Beaulieu m'a véritablement passionné.

La structure de cet ouvrage est simple et forte : une première partie intitulée « Du côté du bébé » et une deuxième partie intitulée « Du côté de l'autre ».

On est donc bien directement plongé dans la problématique de la rencontre et de la différenciation.

Je n'entrerais pas ici dans une analyse détaillée de cet ouvrage, qui risquerait de déflorer la surprise et le plaisir du lecteur, mais tenterai de situer le propos d'Annik Beaulieu au sein du contexte épistémologique actuel.

Au-delà de cette architecture du texte, les trois piliers thématiques de ce travail sont indubitablement celui de l'épigenèse, celui du précocissime, et bien sûr, celui de la motricité.

– En ce qui concerne l'épigenèse, les données rappelées par Annik Beaulieu quant aux anomalies de la sous-plaque corticale (liées à des arrêts de la migration neuronale) chez les enfants autistes sont d'une extrême importance, et elles montrent bien que les racines prénatales d'un trouble n'excluent en rien le poids des rencontres postnatales ultérieures. D'où le fait que le terme « neurodéveloppemental » ne saurait aucunement être synonyme de purement endogène, et que même des anomalies neurologiques prénatales peuvent avoir besoin de déterminants externes pour se révéler, s'exprimer ou se développer.

Il y a ainsi fort à parier que nos polémiques actuelles sur la place respective de la psychogénèse ou de l'organogénèse dans l'étiopathogénie des troubles autistiques seront bientôt dérisoires, quand se sera précisée la problématique de la causalité épigénétique. L'avenir de la psychanalyse est d'ailleurs en partie lié à celle-ci car la parole et le soin psychique ont très probablement eux-mêmes des effets épigénétiques encore insoupçonnés.

Quoi qu'il en soit, on peut noter qu'à la pouponnière de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest, qui a accueilli près de 5 000 enfants à haut risque de 1946 à 2011, il n'y a eu finalement que très peu de cas d'autisme avérés, ce qui montre bien que la qualité des soins précoces – qui est un impératif catégorique au sens kantien du terme, soit une exigence dont la légitimité ne requiert aucun autre argument hors champ – a un impact non seulement psychologique mais aussi neurologique, cérébral et épigénétique (cette qualité des soins précoces venant sans doute influencer l'expression du génome des enfants vulnérables).

Depuis 2007, j'ai le plaisir de présider l'association Pikler Lóczy-France (APLF), et l'approche piklérienne ne cesse de m'impressionner par l'éthique du sujet et du soin qui la sous-tend et qui en découle tout à la fois. Ce que je tiens à souligner ici, c'est que le rôle potentiellement préventif de l'approche piklérienne dans le champ des troubles autistiques ne peut bien évidemment se comprendre qu'en référence à une perspective épigénétique.

– En ce qui concerne la question du précocissime, plusieurs commentaires me semblent importants.

La réflexion d'Annik Beaulieu se situe dans une large mesure en amont même de l'organisation autistique, et de fait en amont de l'accès à l'intersubjectivité.

Comme Marie-Christine Laznik y insiste souvent à juste titre, le diagnostic des bébés à risque de trouble neurodéveloppemental devrait donc pouvoir désormais se faire dès le premier semestre de la vie, ce qui change évidemment tout pour la suite de leur devenir cognitif, mais pas seulement. Jusqu'à maintenant, comme outils de dépistage précoce des enfants à risque, nous avons surtout à notre disposition d'une part le CHAT (Check-list for Autistic Toddlers) de l'école cognitive de Cambridge (Simon Baron-Cohen et coll.) pour la deuxième année de vie de l'enfant, et d'autre part le signe dit « signe PRÉAUT » (G. Crespin et coll.) pour la première année de vie. Par des biais différents, ces deux outils visent en fait à objectiver des signaux d'alarme quant à la difficulté de ces enfants à accéder à l'intersubjectivité, c'est-à-dire à découvrir l'existence de l'autre et à prendre en compte son fonctionnement psychique en tant que différent du leur.

La proposition d'Annik Beaulieu est très différente puisqu'elle met l'accent sur la difficulté de l'enfant à mettre en place son organisation corporelle, du fait du schéma d'extension.

Disons d'abord un mot de la fonction de représentation mentale qui sous-tend la mentalisation et la psychisation. La question du

diagnostic précocissime concerne en effet une période de la vie des bébés où la genèse des représentations d'objet n'est pas encore totalement achevée. Ce que l'on sait aujourd'hui de la maturation progressive des représentations d'objet nous laisse penser que celles-ci doivent désormais être décondensées en trois niveaux au moins d'instauration successive : la représentation de la place de l'objet, la représentation des liens à l'objet et la représentation de l'objet en tant que tel.

La représentation de la place de l'objet est peut-être innée, au sens des préconceptions décrites par W. R. Bion.

La représentation des liens à l'objet est sans doute très précoce, avant la représentation d'objet proprement dite (« L'objet peut être investi avant même d'être perçu » disait S. Lebovici dès 1960), ce qui ouvre la voie à la possibilité d'une troisième topique et d'une authentique métapsychologie périnatale que nous essayons de préciser et de déployer avec S. Missonnier.

Dans cette perspective, le travail d'Annik Beaulieu permet de penser la place du « grand Autre » comme la représentation donnée d'emblée de la place d'un autre secourable (« *Nebenmensch* ») à fonction attractive, vectorisante et stabilisatrice. Dans le premier semestre de la vie, ce sont surtout les représentations des liens à l'objet qui sont opérantes, et de ce fait le diagnostic précocissime les concerne au premier chef.

Par ailleurs, le travail d'Annik Beaulieu pose aussi la question de la douleur autistique.

La douleur autistique existe (quelles que soient les spécificités de ses modalités d'expression) mais, comme S. Freud l'a souligné dans l'Addendum « D » d'*Inhibition, symptôme et angoisse*, en 1926, elle demeure extrêmement délicate à situer entre le pôle pulsionnel et le pôle objectal.

L'étude des enfants autistes ou à risque autistique est certainement une voie possible d'approfondissement de cette délicate question théorique.

– Enfin, à propos de la motricité, thème organisateur de cette recherche, les observations très fines d'Annik Beaulieu montrent bien comment les troubles précoces de cette motricité peuvent venir perturber le processus permanent de construction/déconstruction de l'objet, tel que j'ai tenté de le cerner dans un certain nombre de mes propres travaux. Les organisations autistiques pourraient ainsi trouver leur source dans une difficulté motrice (ou psychomotrice) propre à l'enfant lui-même, ce qui bouleverse évidemment les conceptions habituelles et légitime des interventions éventuellement de type ostéopathique (surtout en cas de douleur).

L'étude des mouvements généraux chez les fœtus et chez les bébés de moins de 5 mois est désormais un moyen précieux d'appréciation de l'intégrité du système nerveux central, et c'est à des recherches comme celle d'Annik Beaulieu que nous le devons.

Les premiers mouvements du bébé (*fidgety movements*) ont sans doute valeur de signaux avant d'acquérir le statut de signes *via* la fonction interprétante de l'autre (passage de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire) et d'une certaine manière ils figurent, illustrent ou matérialisent précisément ces liens.

En cas d'anomalie de ces premiers mouvements, peut alors s'enclencher un « processus autistisant » tel que l'a bien décrit Jacques Hochmann, processus qui entrave cette sémiotisation par l'adulte des signaux de l'enfant (ici les mouvements généraux) en les tirant progressivement vers un statut de signe.

La perturbation des mouvements généraux pour des raisons neurologiques, ou du fait d'une entrave douloureuse, vient alors gravement compromettre la sémiotisation progressive de ceux-ci.

L'auto-observation du *fidgety* par l'enfant lui-même est en outre extrêmement émouvante, et si la motricité active est dirigée vers le dehors (futur non-Soi), la motricité passive participe à la création de l'objet, en lien avec sa plus ou moins grande intrusivité.

J'ajoute enfin que les résultats de la recherche menée sur la cohorte « syndrome de West » du programme PILE (Programme international pour le langage de l'enfant) coordonné à l'hôpital Necker-Enfants malades par Lisa Ouss sous ma direction, vont tout à fait dans le sens des observations d'Annik Beaulieu, puisque les 20 % d'enfants de cette cohorte qui deviennent

autistes sont précisément ceux dont les mouvements des membres supérieurs s'avèrent dépourvus de la curvitude nécessaire à leur inscription relationnelle, et qui de ce fait annoncent probablement la mise en place de futures stéréotypies.

Merci donc à Annik Beaulieu de nous offrir cet écrit si intelligent et si novateur, dans un domaine si souvent obscurci par les a priori idéologiques. Nous avons véritablement besoin de travaux de cette nature.

Il devrait donc, je n'en doute pas, trouver un large écho chez tous les professionnels impliqués dans le champ de l'autisme et de la prise en charge des enfants les plus jeunes.

Il devrait aussi permettre de dépasser un certain nombre de conflits passionnels, qui ne sont utiles ni aux chercheurs, ni aux cliniciens, et encore moins aux enfants et à leurs familles.

Introduction

Situation actuelle du TSA

Le trouble du spectre autistique (TSA) résulte d'une interaction complexe entre des prédispositions innées et l'environnement. Il se coconstruit dans la relation par une succession de facteurs dont aucun à lui seul ne peut expliquer la symptomatologie. Le TSA est actuellement défini comme un continuum d'altérations du développement qui s'exprime principalement par des problèmes de communication, d'interaction sociale, par la présence de comportements restreints, stéréotypés et répétitifs, ainsi que par une perturbation des réactions sensorielles (DSM-5). Un TSA est considéré comme « un trouble neuro-évolutif inné qui interfère avec le développement des connexions neuronales dans le système nerveux central ^[1] ». La prévalence de l'autisme retenue par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2018 est répartie de la façon suivante : « 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) ^[2]. »

Il est généralement admis que la prise en charge précoce est capitale compte tenu de la plasticité cérébrale, et du processus dynamique qu'est l'autisme. L'autisme est le résultat d'un parcours développemental et relationnel dont les différents éléments s'induisent les uns des autres ; c'est cette cascade qui doit être interrompue dès que la pente autistique s'est enclenchée.

La prise en charge précoce des bébés à risque d'autisme s'est récemment développée, particulièrement autour de l'étude PRÉAUT, pionnière dans la validation des signes cliniques spécifiques à l'autisme. Nous y reviendrons, mais nous pouvons d'ores et déjà préciser qu'un bébé qui ne relance pas un lien agréable, préalablement établi avec un adulte, est à risque d'autisme.

Un certain nombre de facteurs de risque d'autisme ont été identifiés, notamment des facteurs génétiques non négligeables, retrouvés dans 20 à 30 % des cas selon l'Institut Pasteur. Le ratio est d'environ trois garçons pour une fille ^[3]. D'autres facteurs de risque sont également reconnus : la prématurité, les complications périnatales, l'association avec d'autres maladies génétiques (syndrome de Down, x fragile, syndrome de Rett), ainsi qu'un certain nombre de facteurs de risques associés à la mère, comme l'épilepsie ^[4].

Problématique et hypothèses

Ce qui est commun à ces facteurs de risque, c'est la fragilité dans l'organisation corporelle des bébés. Ces bébés ont la plupart du temps du mal à se regrouper, c'est-à-dire à se rassembler, les mains vers la bouche et les genoux vers le ventre, dans une position avec enroulement du bassin, similaire à la position fœtale. En conséquence, ce sont des bébés qu'il est difficile de porter dans les bras, soit du fait de leur hypertonie en extension, soit au contraire à cause d'une hypotonie. Nous verrons aussi que les bébés qui sont devenus autistes avaient une mauvaise qualité de leurs mouvements généraux ^[5] et une persistance de leurs réflexes archaïques, à des âges où ceux-ci auraient dû être inhibés. Ils présentent également un retard dans l'acquisition de la tenue de tête, aptitude pourtant indispensable au fait de regarder. Les bébés à risque d'autisme sont donc des bébés qui ont, pour différentes raisons que nous détaillerons, des difficultés à s'organiser dans leur corps.

Dans ces difficultés liées au corps, nous insisterons sur la mauvaise qualité des mouvements généraux, et plus particulièrement des mouvements *fidgety* chez les enfants qui sont devenus autistes, car nous croyons que c'est ce qui les distingue principalement des bébés tout-venants. Les mouvements généraux sont présents dès les premières semaines de conception et se développent jusqu'à l'apparition des mouvements volontaires vers le

cinquième mois post-terme. L'élaboration même de ces mouvements, qui est concomitante à la mise en place du système nerveux, se fait dans une coconstruction entre le bébé et son environnement utérin. Plusieurs équipes de chercheurs s'intéressent aux mouvements généraux du fœtus en intra-utérin par IRM cinétique. D'autres équipes observent ces mêmes mouvements chez les prématurés et les bébés. Tous arrivent à des conclusions similaires : les bébés qui présentent des mouvements généraux de moins bonne qualité ont, dans la suite de leur développement, un certain nombre de problématiques, dont le TSA.

Sur la base de ces recherches, nous faisons l'hypothèse que les bébés à risque d'autisme ont, dans une certaine mesure, des mouvements généraux de moins bonne qualité déjà en intra-utérin. Ils sont de ce fait moins bien outillés pour parcourir le passage de la naissance, ce qui rend l'accouchement plus difficile. Les plus fréquentes complications périnatales entraînent en retour de la douleur et participent à l'entrée du bébé dans une cascade développementale pouvant mener à un autisme.

À partir de ces constatations, le fil conducteur de notre développement est que ces bébés en retrait relationnel partagent une caractéristique commune : ils sont dans ce qu'on appelle un « schéma d'extension ». Le schéma d'extension, nous y reviendrons en détail, est un déséquilibre entre l'avant et l'arrière du corps, au profit de la cambrure arrière. Cet état a des causes multiples et des conséquences incommodantes, tant

pour le bébé que pour le parent qui le porte. Le concept de schéma d'extension est, bien sûr, lié à la douleur puisqu'un bébé douloureux déclenche des réflexes d'extension. Cependant, le schéma d'extension ne se réduit pas à une réaction à la douleur, car de nombreux autres facteurs neurologiques et mécaniques entraînent également un schéma d'extension.

Nous verrons que le schéma d'extension entrave le développement psychomoteur et la construction de ce qu'André Bullinger appelle « l'arrière-plan ». Le schéma d'extension empêche également l'élaboration de ce que Geneviève Haag nomme « l'arrière-fond », essentiel au développement des boucles relationnelles qui s'établissent par le regard entre le bébé et sa mère. Le maillon supplémentaire que nous ajoutons à ces savoirs déjà exposés dans d'autres ouvrages, est que le schéma d'extension fait aussi obstacle à la capacité du bébé à mettre en route son circuit pulsionnel.

La deuxième partie est consacrée au corps pulsionnel du nourrisson, comme fondement de sa singularité et de son lien à l'autre. La pulsion étant, depuis Freud, une énergie psychique ayant sa source au niveau du corps, il est peu habituel d'envisager la notion même de corps pulsionnel, puisque celui-ci n'est constitué que de pulsions partielles. Or, l'expérience clinique nous l'illustre abondamment : un bébé bien installé avec enroulement du bassin et arrière-fond est beaucoup plus disponible à entrer dans le jeu du troisième temps pulsionnel, en se faisant l'objet de la jouissance de l'Autre. Le corps

pulsionnel, bien qu'il soit composé de pulsions partielles, s'oriente vers l'autre; c'est cette direction qui doit lui préexister. Nous rejoignons ici la pensée de Geneviève Haag quant aux boucles de retour qui se tissent entre le bébé et l'autre. Nous mettrons le concept de contenance en dialectique avec celui du schéma d'extension, puis nous verrons les conditions favorables à la contenance nécessaire à ce que le bébé puisse s'identifier à l'autre.

Après avoir détaillé notre conception du corps pulsionnel du nourrisson comme moteur du lien à l'autre, nous aborderons la question de la douleur et de son impact sur la mise en place de la vie psychique. La dernière partie de ce travail met ainsi en lumière un des maillons importants selon nous dans la cascade d'événements qui mène à un autisme: le bébé en retrait relationnel est très souvent un bébé douloureux. Nous verrons que les enfants qui sont devenus autistes ont souffert plus souvent de complications périnatales au moment de leur naissance puis de troubles gastro-intestinaux, comme le reflux gastro-œsophagien (RGO). Alors que les parents sont parfaitement compétents pour répondre aux besoins vitaux du bébé comme la faim, la soif..., ils se trouvent démunis face à ces douleurs hors norme. La douleur entrave donc aussi le lien entre le parent et son bébé. Et surtout, en surchargeant le corps du bébé d'excitations, la douleur fait surgir des mécanismes de défense qui maintiennent le bébé dans un retrait relationnel. Ces défenses entravent la mise en place des processus psychiques du bébé, qui ne peuvent se constituer qu'au sein d'une relation.

Nous terminerons notre parcours en illustrant diverses situations cliniques survenues à la suite de complications périnatales ayant entraîné un retrait relationnel chez le nourrisson. Nous aborderons alors la question de l'ostéopathie, et de la façon dont cette approche peut s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire des bébés à risque d'autisme.

Description de notre démarche

L'observation clinique constitue la base de notre réflexion et de notre élaboration théorique. Après plus de vingt ans d'expérience en tant que kiné et ostéopathe, principalement en périnatalité auprès des mamans et de leur bébé, nous avons pu constater l'étroite interdépendance dans le dialogue entre le corps de la mère et celui du bébé. Nous pouvons témoigner que les traumatismes physiques et psychiques vécus par la mère influencent la qualité tissulaire de son corps, particulièrement de son bassin. Le rapport est, bien sûr, loin d'être linéaire, car certaines femmes ont pu vivre des traumatismes physiques importants, comme des déchirures périnéales majeures lors d'accouchements précédents, sans que les séquelles physiques soient notables. Et parfois, une chute qui semble sans gravité laisse une empreinte durable sur le plan des douleurs et des incapacités fonctionnelles. Mais, malgré son caractère relatif, et

sans être causale, l'influence de l'histoire physique et psychique de la mère ne doit pas être négligée.

De la même manière, c'est notre expérience auprès des bébés qui nous permet de distinguer leurs capacités à dialoguer avec leur corps. Un reflux gastro-œsophagien (RGO) chez un bébé typique et relationnel ne se présente pas du tout de la même façon que chez un bébé en retrait relationnel. Cette expérience clinique en ostéopathie avec les nourrissons a considérablement alimenté notre réflexion quant aux facteurs propres au bébé qui peuvent influencer la relation avec ses parents.

C'est donc à partir de notre expérience globale des dyades mère-bébé que nous avons élaboré notre réflexion. Puis, après nous être orientée vers des études de psychologie et une démarche personnelle psychanalytique, notre clinique s'est tout naturellement tournée vers la prise en charge des bébés avec particularités, dont celle du retrait relationnel.

Les différentes prises en charge rapportées dans notre thèse sont presque toutes pluridisciplinaires, bénéficiant des soins de psychothérapie psychanalytique, d'ostéopathie et de psychomotricité selon l'approche d'André Bullinger. Les séances sont régulièrement filmées, avec l'accord signé des parents, ce qui nous permet de les visionner en petits groupes pour partager nos observations et réfléchir sur les difficultés rencontrées. Ce travail personnel est donc fondé sur une réflexion collective. La confrontation des points de vue de

professionnels provenant de différents milieux a été absolument indispensable. Et ce travail d'analyse n'aurait pas été possible sans le matériel vidéo provenant des séances avec les enfants et leur visionnement répété.

Le processus qui a mené à la rédaction de cette thèse est un processus vivant. Il s'est modifié petit à petit au fil des rencontres, des échanges et des discussions. Un certain nombre de nos présupposés ont été remis en cause par des contre-exemples qui se sont présentés en cours de route. Très tôt sur le chemin, nous avons cessé de réfléchir en termes de causes et d'effets ; il nous a semblé plus favorable à la réflexion de penser en termes de concomitances, car certains facteurs que nous pensions être causaux se retrouvaient en place de conséquences s'ils étaient observés à partir d'une autre épistémologie. Il nous a donc paru plus pertinent de garder l'ensemble des facteurs sous forme de concomitances ou d'éléments impliqués dans le processus.

Une des limites de ce travail est de se situer à l'interface de plusieurs champs d'étude distincts, comme le développement psychomoteur, la psychanalyse, l'autisme et l'ostéopathie. Chacun de ces domaines ne pourra être traité que partiellement. C'est également ce qui en fait la spécificité : l'accent sera mis sur l'articulation entre ces différents domaines d'étude.

Comment forme-t-on un autisme ? Quels en sont les ingrédients de base ? Ces questions supposent un certain nombre

d'éléments qui, pris individuellement, ne mènent pas d'emblée à un autisme, mais qui, associés selon un certain agencement, peuvent y conduire. C'est l'idée même de la cascade développementale, constituée par exemple par : des facteurs génétiques ou un problème génétique *de novo* ; un dialogue tonico-émotionnel perturbé en intra-utérin ; des mouvements généraux disharmonieux, donc un accouchement long et difficile, avec plus de complications périnatales ; un bébé douloureux dans un schéma d'extension, qui désorganise la dyade parents-bébé ; une motricité désorganisée, difficile à interpréter et qui peut avoir un effet de sidération sur les parents ; une prosodie du mamanaïs qui s'éteint, avec un bébé qui ne relance pas un lien que le parent tente d'établir.

Un certain nombre de difficultés dans l'organisation corporelle des bébés peuvent venir ainsi entraver la relation en brouillant les signes. La pente autistique est engagée...

Notes du chapitre

[1] ↑ F. Joly (sous la direction de), *L'enfant autiste et son corps : une approche psychomotrice de l'autisme infantile*, préface de Pierre Delion, Paris, In Press, 2016 ; F. Muratori, F. Apicella, S. Maestro, « Corps et motricité comme véhicule ou obstacle pour le développement de l'intersubjectivité chez les bébés devenus autistes », dans F. Joly (sous la direction de), *op. cit.*, p. 135.

[2] ↑ Haute Autorité de santé, *TSA : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*, 2018, p. 10.

[3] ↑ R. Loomes, L. Hull, W. Polmear Locke Mandy, « What is the -male-to---female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 56, n° 6, juin 2017, p. 466-474.

[4] ↑ E. Hisle-Gorman, A. Susi, T. Stokes et coll., « Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors of autism spectrum disorder », *Pediatric Research*, vol. 84, n° 2, 2018, p. 190-198.

[5] ↑ M.-C. Laznik, « Comment les difficultés de la motricité du nourrisson peuvent mettre en échec les premières organisations signifiantes avec son Prochain Secourable », *Journal français de psychiatrie*, vol. 49, n° 1, 2020, p. 10-14.

I - Du côté du bébé

1. Le corps : quand l'outil devient l'obstacle

Les manifestations précoces de l'autisme

Il est commun d'avancer que les manifestations cliniques des TSA, associées à des troubles du développement du système nerveux central, plus spécifiquement de la connectivité, n'apparaissent clairement que vers 18-24 mois. Par exemple, dans le déchiffrage rétrospectif des films familiaux d'enfants devenus autistes, il a été repéré que la communication sociale de l'enfant, ses sourires, ses vocalisations, est déjà différente de celle de l'enfant normo-typique. Mais ces critères diagnostiques identifiables à partir de l'âge de 18 mois ne sont pas visibles chez le bébé de moins de 6 mois. À partir des films familiaux d'enfants qui sont devenus autistes, on peut repérer, a posteriori, que les différences entre un bébé de moins de 6 mois qui deviendra autiste et un bébé normo-typique sont à chercher à un autre niveau. Précisons d'abord ce que l'on observe chez les enfants devenus autistes, à partir d'une revue de la littérature.

L'étude rétrospective des films familiaux d'enfants qui recevront après coup un diagnostic de TSA est riche d'informations. Dans une revue de littérature ^[1] concernant ces films familiaux, un certain nombre d'observations ont été relevées afin d'avoir une vue d'ensemble sur les manifestations de l'autisme. Reprenons ici ces conclusions.

Il n'y a pas de différence significative dans la première année de vie entre les enfants présentant un retard de développement et les enfants normo-typiques, quant à un certain nombre de traits habituellement identifiés aux enfants avec TSA. Citons, par exemple, « des jeux avec objets présentant un caractère rigide ou répétitif, des postures inhabituelles, une motricité limitée, une diminution des regards à des objets tenus par d'autres, moins de regards à la caméra, des fixations visuelles et une réduction de l'expression d'affects ^[2] ».

Dans la deuxième année des enfants devenus autistes, il a été observé une persistance de la pauvreté de leur interaction sociale, avec moins de regards vers les gens, une diminution de la qualité du contact oculaire et même un évitement actif du regard. Certains autres signes sont observés mais de façon non systématique, tels que l'isolement et une diminution de l'imitation. Une moindre fréquence des mimiques pouvant exprimer des émotions et une diminution des sourires sociaux, sont également remarquées.

Il est noté aussi, dans cette deuxième année de vie, une baisse de la communication gestuelle et des postures expressives, peu

de réponses au prénom ainsi qu'un plus faible répertoire de mots et de phrases. L'usage de la parole a été plutôt observé sur le mode de vocalisations avec stéréotypies ; par rapport aux enfants normo-typiques du même âge, la parole des enfants qui sont devenus autistes est moins adressée.

Le pointage proto-déclaratif et proto-impératif, l'attention partagée et la capacité d'anticipation sont réduits. L'activité et la cognition sont aussi restreintes, avec une attention instable, une hypoactivité, une hypotonie et l'installation dans des postures atypiques. L'usage inapproprié d'objets, une réduction des jeux fonctionnels et symboliques sont aussi observés chez ces enfants.

Quand on les compare avec des enfants souffrant de retard de développement, les signes spécifiques aux TSA sont plus présents la deuxième année (faible qualité du contact oculaire ou évitement actif du regard, faible intérêt social pour les pairs, moins d'affects positifs, une diminution des pointages proto-déclaratifs, moins d'anticipation dans les actions et moins de jeux conventionnels). La faible qualité du contact oculaire et la pauvreté des affects ont été les éléments ayant la valeur prédictive la plus juste quant au diagnostic ultérieur.

Quant au pointage proto-déclaratif, il est à noter que les enfants présentant un retard de développement avaient également une réduction des comportements d'attention conjointe par rapport aux enfants normo-typiques, mais moindre que les enfants du groupe de TSA. Ainsi, dans la deuxième année, les signes pré-

autistiques (une diminution des comportements sociaux et de l'attention conjointe) apparaissent de façon plus évidente, et discriminent les enfants souffrant de retard de développement pour lesquels le retard des fonctions cognitives s'accroît. Ces résultats obtenus par l'étude des films familiaux nous semblent validés par ceux obtenus *via* des études prospectives ^[3].

Une autre revue de littérature arrive à des conclusions similaires ^[4] : dans les deux premières années de vie, les signes discriminant les enfants avec TSA des enfants souffrant d'un retard de développement ont été relevés : moins de réponses à leur prénom, moins de regards vers les autres, un contact oculaire plus faible en termes de qualité et de quantité, moins d'expressions faciales positives et de comportements inter-subjectifs (par exemple, les auteurs soulignent le fait de retrouver moins d'attention conjointe). Les auteurs concluent que, tel que l'illustrent les films familiaux, on retrouve des éléments qui peuvent servir de base à l'identification des enfants et bébés à risque d'autisme avant la période des 18-24 mois, lors de laquelle le diagnostic habituel se fait, même si ces éléments diffèrent des critères diagnostics usuels.

En conséquence, l'étude des films familiaux permet de mettre en relief un point important : les signes précoces typiques de l'autisme, habituellement utilisés pour établir un diagnostic, ne sont pas clairement spécifiques dans la première année de vie, mais s'accroissent dans la deuxième année.

Par comparaison, nous verrons que les signes moteurs et spécifiques chez les enfants devenus autistes sont observables dès le premier semestre. La désorganisation de la dyade relationnelle avec le parent est donc présente dès le début. Les signes cliniques observables à 2 ans sont une conséquence de signes encore plus précoces, liés à l'organisation psychocorporelle des bébés dans leur premier semestre.

Nous nous penchons à présent sur cette question, à partir de l'observation de films familiaux d'enfants de moins de 6 mois.

Notes du chapitre

[1] ↑ R. Palomo, M. Belinchón, S. Ozonoff, « Autism and family home movies: A comprehensive review », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 27, n° 2 suppl, avril 2006, p. 59-68.

[2] ↑ *Ibid.*

[3] ↑ *Ibid.*

[4] ↑ C. Saint-Georges, R.S. Cassel, D. Cohen et coll., « What studies of family home movies can teach us about autistic infants: A literature review », *Research in Autism Spectrum Disorders*, vol. 4, n° 3, juillet 2010, p. 355-366.

2. L'observation des films familiaux

Les études de Muratori sur les films familiaux d'enfants devenus autistes sont riches de précisions quant à ce qui distingue un enfant autiste d'un enfant normo-typique ^[1]. Une de ces études a porté sur l'observation comparée a posteriori de vidéos filmées par les parents de 25 bébés devenus autistes et de vidéos d'un groupe contrôle. Contrairement aux idées généralement admises, il n'y a pas de différence notée avant 6 mois entre les bébés devenus autistes et ceux du groupe contrôle, quant au nombre de fois où le bébé regarde des visages, au nombre de fois qu'il regarde vers les objets, le nombre de ses sourires et de ses vocalisations. Cette recherche démontre que les spécificités du bébé de moins de 6 mois qui se trouve sur une pente autistique sont à chercher ailleurs que dans ce qui est central à l'autisme.

Une des hypothèses dégagées à partir de cette étude rétrospective des films familiaux est que « chez les bébés avec TSA, la faible intentionnalité vers l'autre s'imbrique avec un équipement moteur qui ne le soutient pas ^[2] ». C'est-à-dire que le manque d'organisation du bébé dans son corps ne lui permet pas de soutenir un rapport à l'autre suffisamment élaboré pour que s'inscrivent les acquisitions. La qualité de son développement moteur ne permet pas de soutenir son

développement social. Les bébés devenus autistes regardaient leur mère au moins aussi souvent que l'enfant typique, mais sans « parvenir à une capacité adéquate d'attention conjointe par triangulation entre la mère et l'objet, en perdant dès lors tous les apprentissages sociaux et cognitifs qui dérivent de ce phénomène intersubjectif ^[3] ».

Dans cet « après coup » que permet l'étude minutieuse des films familiaux, il a été remarqué que le problème n'est pas lié au fait que le bébé ne regarde pas sa mère ou les objets : il les regarde, le temps que ses capacités corporelles le lui permettent. L'installation des boucles interactives demande du temps, exige que l'interaction soit soutenue et d'abord soutenue par le corps du bébé : « Le problème de l'enfant n'est pas d'avoir des compétences sociales primaires comme le sourire, mais leur utilisation, le prolongement de cette compétence sociale de l'enfant, sa capacité à rester engagé dans une relation pour un certain temps ^[4] . »

De nombreux travaux se sont intéressés à l'évaluation de la motricité du bébé à risque d'autisme afin d'en dégager des spécificités. Ces difficultés corporelles du bébé ont été décrites comme étant en amont de ses difficultés sociales ^[5]. On retrouve : « l'hypotonie (Adrien ^[6]), l'hypotonie et le mouvement non intégrés (Osterling ^[7]), la tenue de postures non usuelles (Baranek ^[8]), l'instabilité posturale (Kroeker ^[9]), l'anomalie de la jonction psychotonique (Haag ^[10]).

Teitelbaum ^[11] a répertorié les signes suivants chez les bébés devenus autistes, à l'aide de films familiaux : asymétrie au décubitus ventral à 4 mois, retournement en bloc du dos au ventre, persistance des réflexes toniques ou leur absence initiale. Les particularités les plus marquantes sur le plan des troubles moteurs sont le pauvre répertoire de mouvements dans les premiers mois de vie, les asymétries posturales, les mouvements stéréotypés, l'hypotonie ou l'hypertonie et le manque de syntonie.

Une autre étude ^[12] s'est intéressée aux effets de l'organisation motrice de l'enfant sur ses interactions avec le monde extérieur, à partir de séquences filmées. Elle démontre que les périodes interactives entre les parents et les enfants étaient plus courtes et, surtout, que le style interactif du parent se trouve secondairement modifié par la faible réponse du bébé. La syntonie est la capacité de l'enfant à répondre de façon adaptée à un affect, en montrant une expressivité générale adaptée à la stimulation affectivo-corporelle de l'autre ^[13]. Au cours de cette recherche, a été évaluée la capacité de réponse aux stimulations lors d'interactions entre les parents et leur bébé. Il a été observé que les séquences d'interactions étaient limitées dans le temps et que, bien que le bébé cherchât à répondre aux sollicitations, il le faisait dans des durées plus courtes d'interactions, et surtout, à l'aide de mouvements peu fluides qui ne permettaient pas l'établissement d'une syntonie.

Le manque de fluidité dans la réponse du bébé a aussi une répercussion sur les relances du parent, qui s'éteignent par

manque de réactivité du bébé. Face à cette hypoactivité motrice du bébé qui entraîne une hypoactivité sociale, soit le parent est inhibé, soit il y répond par ce qu'on appelle la « *regulation up* », la surstimulation. La surstimulation ^[14] est le terme utilisé pour décrire le comportement des parents face à la rareté des réponses de l'enfant, bien avant qu'un diagnostic d'autisme ne soit posé ^[15]. La difficulté de l'établissement d'un dialogue syntonique soutenu aurait alors aussi comme ancrage la difficulté corporelle du bébé : « Notre recherche nous conduit donc à soutenir l'hypothèse du rôle central que le corps et la motricité ont dans la genèse du déficit social typique de l'autisme ^[16]. »

Que peut-on conclure de ces différentes observations ?

À la lumière de ces dernières recherches sur les films familiaux de bébés devenus autistes, F. Muratori et son équipe en tirent les conclusions suivantes :

– les racines de l'autisme se situent au niveau de l'intersubjectivité primaire, mais les racines de cette intersubjectivité se situent au niveau de l'appareil moteur du bébé ;

- quand l'appareil moteur n'est pas suffisamment développé ou est mal organisé, le sujet a des difficultés à se constituer face à autrui (imitation, anticipation, attention à l'intention de l'autre, gestualité) ;
- l'autisme infantile est une pathologie du soi et de l'altérité à partir du corps.

Nous devons, bien sûr, rester prudents en ce qui concerne le diagnostic d'autisme chez les enfants de moins de 2 ans. Mais, compte tenu de l'importance de la détection précoce, on peut parler de risque d'autisme ou de pente autistique avant un an. À partir des facteurs génétiques et des concomitances de problèmes organiques, l'autisme se coconstruit dans l'interaction. C'est cette boucle interactive, dans laquelle un bébé désorganisé désorganise ses parents en retour, qui doit être interrompue dès lors qu'elle est repérée.

Mais ce que proposent ici les études de F. Muratori, c'est une inversion de la conception habituelle de l'autisme. L'attention conjointe consiste à regarder l'adulte après avoir regardé un objet, dans un plaisir partagé. Un enfant autiste peut regarder des objets ou regarder furtivement des adultes, mais pas dans un enchaînement qui pourrait signifier : « T'as vu, maman, cet objet ? » Si l'enfant autiste n'a pas d'attention conjointe c'est, selon F. Muratori, parce que son corps ne lui permet pas de stabiliser son regard vers l'objet, puis vers l'adulte. Les enfants autistes donnent l'impression d'avoir le regard fuyant. Ils peuvent regarder l'adulte, mais à peine une ou deux secondes,

puis ils détournent les yeux. Tel est ce que ces études nous démontrent : les enfants autistes regardent aussi souvent leurs parents que les enfants normo-typiques, mais ils les regardent moins longtemps. Et pas suffisamment longtemps pour que s'établissent des échanges de regards entre l'adulte et l'objet.

Nous verrons que, pour stabiliser le regard, le contrôle des mouvements de la tête doit être acquis, mais que cette acquisition de la tenue de tête se fait très tardivement chez les enfants autistes. Poursuivons l'analyse de la motricité du nourrisson en retrait relationnel afin d'en repérer les fondements.

Notes du chapitre

[1] ↑ S. Maestro, F. Muratori, M.C. Cavallaro et coll., « How young children treat objects and people: An empirical study of the first year of life in autism », *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 35, n° 4, 2005, p. 383-396.

[2] ↑ F. Muratori, F. Apicella, S. Maestro, « Corps et motricité comme véhicule ou obstacle pour le développement de l'intersubjectivité chez les bébés devenus autistes », dans F. Joly (sous la direction de), *L'enfant autiste et son corps. Une approche psychomotrice de l'autisme infantile*, Paris, In Press, 2016, p. 148.

[3] ↑ *Ibid.*, p. 138.

[4] ↑ *Ibid.*

[5] ↑ *Ibid.*, p. 142.

[6] ↑ J.-L. Adrien, P. Lenoir, J. Martineau et coll., « Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 3, mai 1993, p. 617-626.

- [7] ↑ J. Osterling, G. Dawson, « Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 24, n° 3, juin 1994, p. 247-257.
- [8] ↑ G.T. Baranek, « Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, n° 3, juin 1999, p. 213-224.
- [9] ↑ R. Kroeker, Rhythmic behaviors in typically developing infants, and infants with later diagnosed autism or developmental delay. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, University of Washington, 2000.
- [10] ↑ G. Haag, « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, vol. 33, n° 2-3, 1985, p. 107-114.
- [11] ↑ P. Teitelbaum, O. Teitelbaum, J. Nye, J. Fryman, R.G. Maurer, « Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism », *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 1998, vol. 95, n° 23.
- [12] ↑ F. Muratori, F. Apicella, P. Muratori, S. Maestro, « Intersubjective disruptions and caregiver-infant interaction in early Autistic Disorder », *Res. Autism Spectr. Disorder.*, vol. 5, 2011, p. 408-417.
- [13] ↑ R. Feldman, « Parent-infant synchrony and the construction of shared timing ; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n° 48, 2007, p. 329-354.
- [14] ↑ *Ibid.*
- [15] ↑ C. Saint-Georges, A. Mahdhaoui, M. Chetouani et coll., « Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods », *PLOS ONE*, vol. 6, n° 7, juillet 2011, p. 223-293.
- [16] ↑ *Ibid.*, p. 147.

3. L'observation des mouvements généraux

Description des mouvements généraux

D'une grande sensibilité statistique quant à la détection de subtiles différences dans l'état neurodéveloppemental des fœtus et des bébés de moins de 5 mois, l'étude des mouvements généraux ^[1] sur enregistrement vidéo est une méthode de choix pour évaluer l'intégrité du système nerveux central.

L'étude des mouvements généraux (MG) s'est développée avec Heinz Prechtl, il y a près de quarante ans. Elle s'est avérée d'une grande sensibilité statistique et est prédictive de l'état neurologique, particulièrement dans les cas d'infirmité motrice cérébrale (IMC) ^[2], voire avec une prédictibilité supérieure à celle de l'examen neurologique standard. Puis l'étude des MG s'est étendue à d'autres pathologies (Rett ^[3], Cornelia de Lange ^[4], TDAH ^[5], TSA ^[6], prématurité ^[7], complications néonatales, etc.), afin de détecter au plus tôt les bébés qui auraient besoin de soutien particulier dans leur développement.

Description des mouvements généraux en lien avec le développement du système nerveux

Les MG ^[8] sont les mouvements déjà présents en intra-utérin, qui vont se complexifier graduellement jusqu'à l'apparition de la motricité volontaire au 5^e mois post-terme. Les premiers mouvements de l'embryon apparaissent à la 7^eSA (semaine d'aménorrhée), avec au départ, des mouvements d'inclinaison latérale. Puis les MG se développent avec la flexion-extension du tronc, de la tête puis des bourgeons qui deviendront les membres supérieurs et inférieurs.

Les MG sont des mouvements spontanés, involontaires qui concernent tout le corps, le tronc, la tête et les membres. Les mouvements dans leur ensemble présentent une grande variabilité et une complexité dans la gestuelle. Chacune des articulations est appelée à être mobilisée de façon non prévisible dans les trois 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.

Les MG présentent certaines particularités selon l'âge du bébé. On distingue ainsi trois périodes chronologiques.

Période préterme

Chez le bébé prématuré jusqu'à sa 36-37 SA. Les mouvements du bébé dans sa période prématurée sont typiquement de plus grandes amplitudes que ceux du bébé à terme en âge corrigé. Ces mouvements consistent en rotations, flexions, extensions des membres supérieurs et inférieurs, de grandes amplitudes, dans tous les plans de l'espace. La chorégraphie de ces mouvements est constante et non prédictible. Le bébé semble parcourir de grandes vagues qui débutent à un endroit puis se propagent à l'ensemble du corps. La grille d'évaluation suivante aide à préciser la cotation de ces mouvements ^[9] :

Fig. 1. Liste des caractéristiques des mouvements généraux prétermes normaux ^[10].

THE GENERAL MOVEMENT CHECKLIST – PRETERM AND TERM AGE

Name: _____ Register (ID Number): _____

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Gestational Age: _____

When complete 40 weeks postmenstrual age: ____/____/____ Mother's name: _____

Infants to be scored until 37 weeks postmenstrual age	Date: _____		Date: _____		Date: _____	
	Age: _____		Age: _____		Age: _____	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
1. Movements consist of rotations superimposed on extensions and flexions of upper and lower limbs						
2. Movements occur in the whole space available						
3. The direction of movements is variable						
4. The sequence of movements varies constantly and is unpredictable						
5. Especially the lower limbs move with a large amplitude						
6. Movements of the lower limbs are more obvious than those of the upper limbs						
7. Movement speed is higher than it will be around term						
8. Movements are initiated in one part of the body and spread to other parts like a wave						
9. Sequences set in and end gradually						
<i>In conclusion, do you consider these GMs as normal?</i>						

Les mouvements prétermes et Writhing sont anormaux quand ils présentent les caractéristiques suivantes ^[11] : pauvre répertoire (PR), cramped-synchronized (cs) ou des mouvements chaotiques (Ch). La présence de « cramped-synchronized », désignant des contractions brèves mais simultanées des quatre membres et du tronc, est associée à un haut risque d'infirmité motrice cérébrale ^[12]. La grille d'évaluation ci-dessous aide à la cotation des mouvements prétermes anormaux en détaillant leurs caractéristiques :

Fig. 2. Liste des caractéristiques des mouvements généraux prétermes anormaux ^[13].

<i>Abnormal movements from preterm period to 37 weeks postmenstrual age</i>	Date:		Date:		Date:	
	Age:		Age:		Age:	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
10. Fluency is absent						
11. The sequence is monotonous						
12. Movements appear to be repetitive						
13. The sequence is suddenly interrupted						
14. The sequence is too short						
15. There is a lack of rotations						
16. The speed appears to be too low						
17. The quantity of GMs seems to be reduced						
18. Movements are too rigid						
19. Movements are abrupt						
20. Limb and trunk muscles appear to contract simultaneously and then relax simultaneously (on/off pattern)						
21. The posture appears to be stiff						
22. The child appears to be holding the breath due to longer-lasting contractions of the trunk, followed by an increase in the respiratory rate						
23. Cramped-synchronized movements are most evident in the lower limbs						
24. The movement amplitude is significantly high						
25. Movements are very fast and abrupt						
26. Tremulous movements are frequent						
In conclusion, what pattern of abnormal GM would you ascribe to this infant: PR, CS, or Chaotic GMs?						

Période des Writhing ^[14]

Période débutant à la date prévue d'accouchement jusqu'au 2^e mois post-terme en âge corrigé. *Writhing* signifiant « contorsion », cette période est caractérisée par des mouvements de grandes amplitudes. Les mouvements de cette période ressemblent aux mouvements de la période préterme, mais leur amplitude et leur vitesse sont diminuées. C'est

particulièrement visible au niveau des membres supérieurs, car les bébés prématurés bougent fréquemment leurs bras en les amenant en haut de la tête dans le quadrant supérieur, avec une flexion complète de l'épaule, tandis que dans la période des Writhing, les bras du bébé demeurent typiquement plus près de son axe ou dans des amplitudes de moins de 90 degrés de flexion/abduction des bras.

Fig. 3. Liste des caractéristiques des mouvements généraux Writhing normaux ^[15] .

Infants to be scored from term age (37 to 40 weeks of postmenstrual age) until 5 weeks postterm age (so-called writhing movements)	Date:		Date:		Date:	
	Age:		Age:		Age:	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
1. Movements consist of rotations superimposed on extensions and flexions of upper and lower limbs						
2. Movements occur in the whole space available						
3. The direction of movements is variable						
4. The sequence of movements varies constantly and is unpredictable						
5. Compared to preterm age, the amplitude is smaller						
6. The writhing character is obvious, especially in upper limbs						
7. The speed is moderate						
8. Movements are initiated in one part of the body and spread to other parts like a wave						
9. Sequences set in and end gradually						
<i>In conclusion, do you consider these GMs as normal?</i>						

Période des *fidgety*

Du 3^e au 5^e mois après la naissance, les mouvements changent de caractère, ils deviennent plus fins et plus élégants, grâce à de fines rotations particulièrement visibles aux extrémités (de la tête, des mains et des pieds, même si les *fidgety* sont présents au

niveau du tronc), ce qui donne une impression de finesse et de fluidité. Ce sont les mouvements appelés « *fidgety* », dont la fréquence est maximale entre la 11^e et la 16^e semaine post-terme, même si on peut les observer jusqu'aux environs de la 20^e post-terme. Les mouvements *fidgety* sont de plus faible amplitude que les mouvements prétermes et writhing. Nous verrons que ces mouvements *fidgety* sont particulièrement importants dans la communication. Puis l'ensemble de ces MG s'estompent et la motricité volontaire prend le relais à partir du 5^e mois post-terme.

Les mouvements *fidgety* peuvent être normaux, anormaux ou absents. Les mouvements anormaux sont présents mais de façon intermittente, ou dans des amplitudes exagérées.

Les mouvements *fidgety* ont une grande valeur prédictive quant au devenir neurodéveloppemental du bébé. L'absence de mouvements *fidgety* dans la période où ils sont normalement observés, particulièrement entre la 9^e et la 15^e semaine post-terme, est le critère de détection le plus spécifique pour l'infirmité motrice cérébrale et d'autres troubles de neurodéveloppement (comme nous le verrons avec les TSA). Les bébés qui n'ont pas de mouvements *fidgety* ont dix fois plus de risques de troubles neurodéveloppementaux que les bébés qui présentent ces mouvements *fidgety* ^[16].

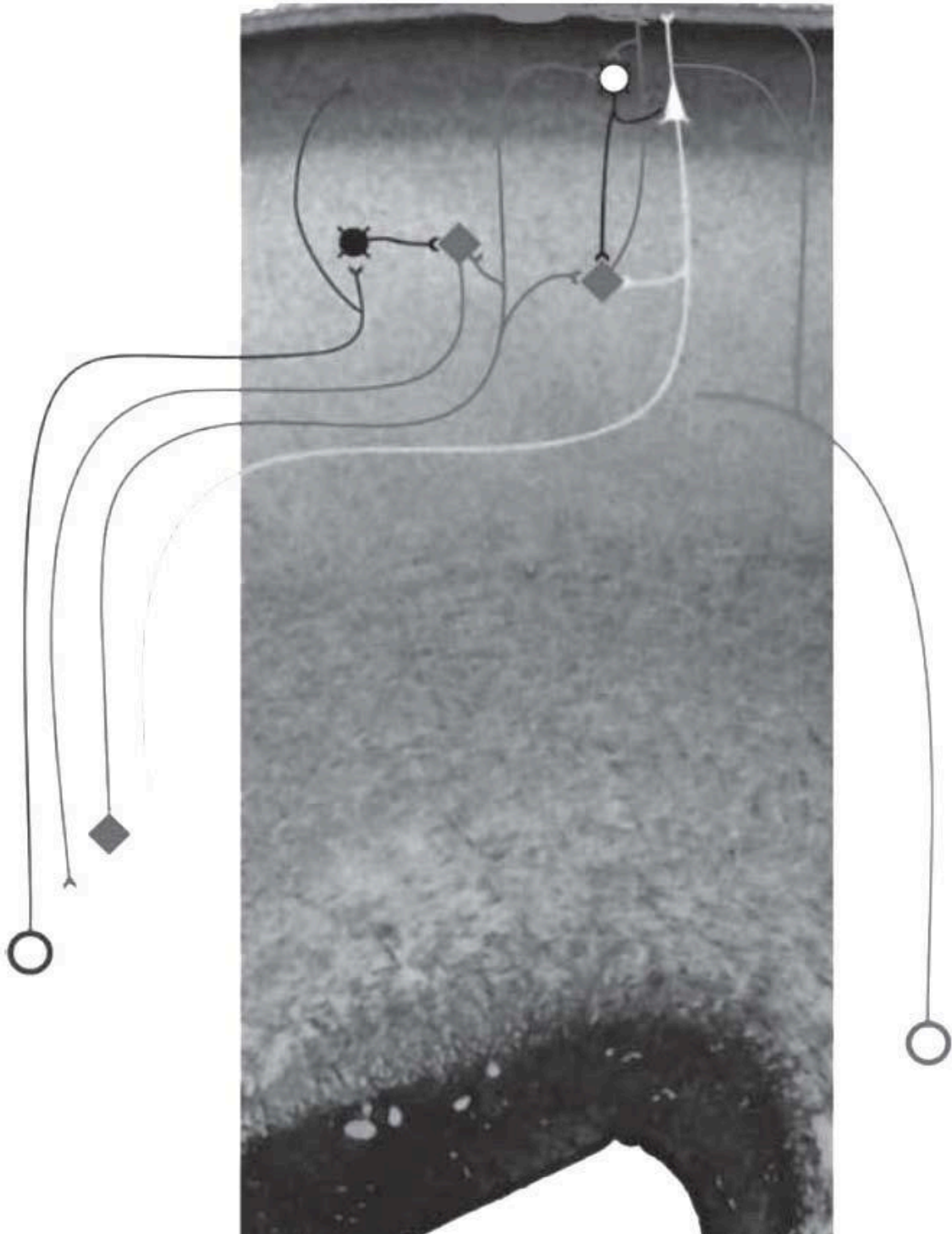
Formation du système nerveux central


La mise à jour des connaissances faite par Hadders-Algra ^[17] apporte un éclairage très précis sur la mise en place des MG, en fonction du développement du système nerveux central. Nous en reprenons les grandes lignes.

Le tube neural se forme à la 5^eSA ^[18]. Puis les couches de cellules près des ventricules produisent les neurones, qui seront ainsi générés de la 5^eSA à la 25^eSA ^[19]. Leur migration se fera des ventricules au cortex, avec les premiers neurones se retrouvant au niveau du cortex vers la 6^eSA. Lors de cette migration, les neurones s'arrêtent à une zone intermédiaire appelée sous-plaque corticale.

La migration radiaire des neurones, des ventricules vers le cortex, se fait par des mouvements de glissement, grâce à leurs pseudopodes, sur des cellules gliales qui leur servent de rail. Les études sur animaux suggèrent qu'une cellule gliale peut servir d'intermédiaire au passage de quelque 130 neurones ^[20] dans sa migration depuis le ventricule vers le cortex.

Fig. 4. Schéma illustrant la migration des neurones, depuis les ventricules en bas du schéma vers le haut au niveau du cortex. La zone intermédiaire grise correspond à la sous-plaque.





Cette zone est d'une certaine importance en ce qui nous concerne. Normalement, la sous-plaque corticale n'est que transitoire, elle se réduit à partir du 3^e mois post-terme, par suite d'une apoptose cellulaire. Plusieurs auteurs (Avino ; Hutsler ; Nagode ; McFadden) se sont intéressés à la persistance de la zone sous-plaque en lien avec les TSA ^[21]. Une des hypothèses avancées propose que dans certaines formes de TSA, les cellules de la sous-plaque ne sont pas détruites à l'âge où elles devraient l'être ; elles resteraient en place sous forme de cellules interstitielles. La zone de la sous-plaque, qui normalement se rétrécit, demeure plus épaisse chez les personnes autistes.

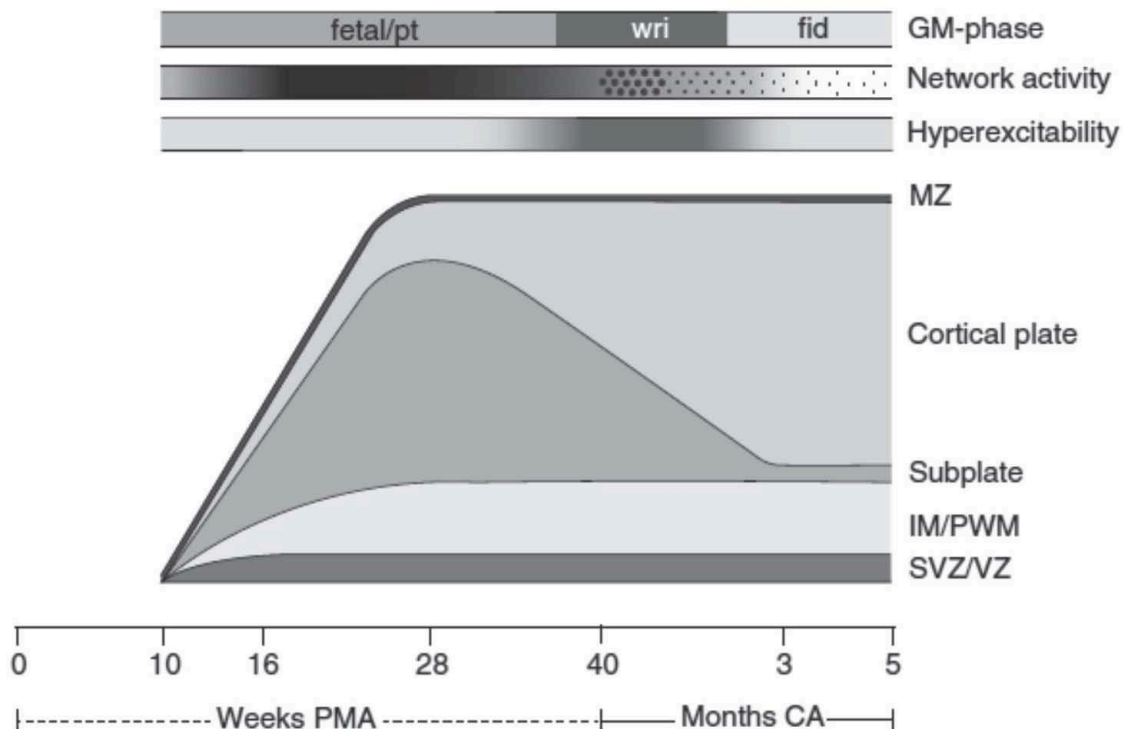
Cette zone de sous-plaque nous intéresse aussi particulièrement concernant le passage des MG en mouvements *fidgety*, qui laissera ensuite la place à l'apparition des mouvements volontaires. En effet, l'apoptose des cellules de la sous-plaque au profit de la migration des neurones vers le cortex survient parallèlement à l'apparition des mouvements *fidgety*. Autrement dit, la disparition de la sous-plaque est concomitante à l'apparition des mouvements *fidgety*.

Plus précisément, de la 9^eSA à la 10^eSA, les neurones de la sous-plaque ont une activité synaptique. C'est aussi un lieu de différenciation neuronale et de synaptogénèse. Entre la 28^e et la 34^eSA, la sous-plaque est quatre fois plus épaisse que la plaque corticale elle-même ^[22]. La sous-plaque entrera ensuite en

période d'apoptose, au profit de la plaque corticale. Au 3^e trimestre, les deux zones coexistent en étant distinctes mais interreliées. Le passage vers la zone corticale se fera au 3^e mois post-terme pour certaines zones, c'est le cas des cortex moteur primaire, sensoriel et visuel ^[23].

Le sommet de l'activité de la sous-plaque correspond donc à la motricité des MG intra-utérins, et la disparition de la sous-plaque survient simultanément à l'apparition des mouvements *fidgety*, au 3^e mois post-terme (Fig. 5).

Fig. 5. Apparition des mouvements *fidgety* (fid) au moment où la sous-plaque (*subplate*) décroît ^[24].



Une hypothèse soutenue par Hadders-Algra concernant la sous-plaque est qu'elle est responsable du caractère de complexité et

de variabilité des MG. Lors du passage aux mouvements *fidgety*, correspondant à la diminution de l'épaisseur de la sous-plaque et à l'instauration de circuits du cortex primaire sensori-moteur et de l'augmentation des afférences sensorielles (« sparsification ^[25] » de l'activité), l'activité corticale est moins intense et concerne des nombres plus limités de neurones ; la motricité devient donc moins générale et plus propice à la production d'actions spécifiques.

Plusieurs études (Bennema ; Cioni ; Burger ^[26]) ont démontré la spécificité de l'observation des mouvements généraux dans la prédiction de séquelles d'infirmité motrice cérébrale (IMC). Cette valeur prédictive est supérieure ^[27] quand elle se fait dans la période des mouvements *fidgety*, c'est-à-dire qu'elle est plus précise quand l'observation de la motricité se fait dans la période où les circuits du cortex sensori-moteur primaire sont en place.

Toujours selon Hadders-Algra, la valeur prédictive des MG atypiques sur les conséquences neurodéveloppementales des enfants nés prématurés avec IMC ^[28] est plus grande que celle des bébés nés à terme avec IMC. Cela serait dû au fait que les prématurés ont des lésions cérébrales surtout localisées autour des ventricules, affectant la substance blanche périventriculaire et la sous-plaque ; alors que les lésions cérébrales des bébés nés à terme seraient plus diffuses et hétérogènes, situées au cortex, au thalamus et aux ganglions de la base. C'est pourquoi des mouvements généraux atypiques n'indiquent pas uniquement des séquelles à venir d'IMC, mais également des

problématiques cognitives, TDAH et des dysfonctions neurologiques mineures [29].

Exemple de description de mouvements généraux, méthode de Hadders-Algra

Fig. 6. Classification de la qualité des mouvements généraux [30].

TABLE 1				
Classification of the quality of GMs.				
Classification of GM quality	Complexity ^a	Variation ^b	Fluency ^c	Corresponding brain function
Normal-optimal (NO)	+++	+++	+	Excellent
Normal-suboptimal (SO)	++	++	–	Typical
Mildly abnormal (MA)	+	+	–	Non-optimal
Definitely abnormal (DA)	–	–	–	Dysfunction
<i>Note:</i> Table adapted from Hadders-Algra et al.(28). +++ = abundantly present; ++ = sufficiently present; + = present to a limited extend. – = virtually absent.				
^a GM complexity = spatial variation.				
^b GM variation = temporal variation.				
^c GM fluency = fluency of the movements.				
<i>Middelburg. Early neurodevelopment in IVF infants. Fertil Steril 2010.</i>				

La motricité spontanée du bébé s’observe pendant une durée de 3 minutes, alors que le bébé est au sol sur une surface confortable mais suffisamment ferme. Il n’a pas de jouet à disposition ni de tétine, ses parents ne sont pas à sa portée (ils restent, par exemple, en position de retrait, derrière la caméra). Sans être seul à proprement parler, le bébé n’est pas en interaction [31]. Nous avons décrit précédemment des caractéristiques de l’évaluation des MG selon la méthode de

Prechtl. Voyons maintenant celle de Hadders-Algra, qui permet assez intuitivement de départager les bébés qui présentent des mouvements normaux et ceux pour lesquels nous devons assurer un suivi.

Qualité optimale

La qualité des MG est dite optimale quand la complexité et la variation des mouvements sont abondamment présentes. Le bébé est allongé sur le dos, son bassin est la plupart du temps enroulé ou en position neutre, même s'il fait quelques extensions. Il bouge les deux jambes parfois ensemble, mais le plus souvent indépendamment l'une de l'autre, dans des mouvements souples, amples, qui commencent lentement et cessent progressivement. Son pied est souple et participe au mouvement grâce à de discrètes rotations-inclinaisons des chevilles. Ces mouvements ne sont ni prévisibles, ni stéréotypés, ni saccadés, ni répétitifs. Le bébé bouge aussi ses bras, il les allonge, les porte à la bouche. Il explore ses mains qui sont souples, les mouvements des doigts sont parfois individualisés, par exemple, lorsqu'il les porte à la bouche. La tête du bébé se situe dans l'axe de son corps, mais il peut la bouger d'un côté comme de l'autre. Son regard ne se fixe pas sur un objet en particulier et passe d'une chose à une autre. Il ne pleure pas, ni ne semble inquiet. Parfois il gazouille, mais il peut être silencieux. L'impression générale de sa gestuelle est

harmonieuse, composée d'un large répertoire de mouvements complexes et variés, situés dans les trois plans de l'espace.

Qualité sub-optimale

Cette catégorie est la plus fréquente chez les bébés tout-venants. Le bébé a des mouvements suffisamment complexes et variés, même s'ils sont légèrement moins riches que ceux de la catégorie optimale. Il peut parfois manquer un peu de fluidité, en présentant des mouvements brusques ou saccadés. Dans l'ensemble, la gestuelle du bébé est harmonieuse, non prévisible et agréable à regarder. Le bébé touche parfois son propre corps, ou encore semble explorer son espace proche sans se fixer dans une position. Ses mouvements sont continus bien que des pauses soient normales à l'occasion.

Qualité légèrement anormale

(1^{er} exemple)

Enrico, 3 mois, présente des mouvements de flexion-extension répétitifs et prévisibles avec son bras droit, tandis que son bras gauche demeure immobile. Ses mouvements sont saccadés, ils débutent brusquement et s'arrêtent de même ; les variations de

vitesse et d'intensité de mouvements ne sont pas modulées. Le tonus général de base de sa motricité est relativement élevé, et cette augmentation du tonus de base altère le caractère d'élégance et de souplesse de sa gestuelle. Enrico a un regard fixe, vers le côté droit, même s'il n'y a personne dans son champ de vision, ce qui donne aussi à sa tête une impression de rigidité. Il a des mouvements *fidgety* présents mais anormaux, car leur amplitude est augmentée et ils ne sont pas fluides. Son bassin s'enroule et ses jambes dans l'ensemble ont des mouvements harmonieux, mis à part un tonus de base légèrement augmenté.

Qualité légèrement anormale (2^e exemple)

Élisa, 4 mois, allongée sur le dos, a le dos nettement en extension. Elle a de fréquents mouvements d'extension des bras le long du corps, accompagnés de rotations des mains qui sont alors crispées. Elle ramène parfois ses jambes vers son ventre, puis les étend brusquement en extension, plutôt de façon symétrique, avec très peu de dissociation entre les deux jambes. Élisa peut bouger la tête à droite et à gauche, mais sa verticalité par rapport à son axe vertébral n'est pas maintenue. Elle a fréquemment des mouvements visibles avec sa langue, qui demeure pour la plupart du temps sortie de sa bouche. Son

tonus de base est relativement élevé, avec une hypotonie perceptible dans sa tenue de tête. L'absence de fluidité est évidente, mais elle présente une certaine complexité dans sa gestuelle générale.

Qualité définitivement anormale (1^{er} exemple)

Amanda, 4 mois : allongée sur le dos, elle regarde un point fixe au loin. Sa main droite fait des mouvements répétitifs, constants et saccadés, comme si elle avait un hochet dans sa main, de flexion et extension, courts et brefs. Ses jambes sont plutôt allongées en extension, symétriques, avec très peu de variations. Elle ne sourit pas, ne vocalise pas ; elle ne cherche pas du regard autour d'elle, ni ne s'intéresse à son propre corps. Son dos est raide et sa tête est légèrement inclinée, pas complètement dans l'axe. Son tonus de base est visiblement élevé. Elle n'a aucun mouvement *fidgety*. Les mouvements qu'elle présente sont presque exclusivement ceux de son bras droit. Ils ne présentent aucun caractère de complexité, c'est-à-dire qu'ils ne varient pas dans l'espace. Ils ne sont pas fluides, ils sont saccadés, par à-coups. Les mouvements ne présentent pas de variation dans le temps, ils sont répétitifs, prévisibles et monotones.

Qualité définitivement anormale

(2^e exemple)

Arthur 1 mois : allongé sur le dos, il ne bouge quasiment pas. Bien qu'il soit réveillé, il a de longues périodes d'immobilité, on se demande même s'il dort. Sa tête n'est pas dans l'axe de son corps. Il bouge très occasionnellement un bras, puis s'arrête. Il ramène un pied près de lui, le refait quelques fois puis s'arrête à nouveau. Il ne présente pas de mouvement de la tête ni du tronc. L'absence de complexité et de variation est manifeste.

L'observation des mouvements généraux est simple, ne demande pas d'équipement, peut s'effectuer dans le milieu où se trouve l'enfant et n'entraîne aucun coût supplémentaire autre que la formation de l'observateur. Elle donne un aperçu précis et rapide de l'état neurologique, et peut alerter le personnel soignant afin qu'une prise en charge soit promptement débutée.

Les mouvements *FIDGETY* et le « théâtre des mains »

Nous avons vu que les MG qui apparaissent entre le 3^e et 5^e mois sont ceux appelés plus spécifiquement « mouvements *fidgety* ».

Fidgety signifie « agité » ; *fidgeting* est le fait de gigoter. Ces mouvements sont décrits comme étant des circonvolutions fines et fluides des extrémités. Ils correspondent également au moment où la motricité corticale se prépare à prendre le relais, donnant ainsi une motricité moins générale tout en permettant des actions plus spécifiques. Cet aspect de la motricité spontanée est de moins bonne qualité quand on observe après coup des vidéos de films familiaux d'enfants devenus autistes ^[32] .

Geneviève Haag avait bien repéré l'apparition de ces mouvements fins des doigts. Elle en avait même estimé l'âge d'apparition autour du 3^e mois. C'est à la fois rassurant et toujours enthousiasmant quand les observations cliniques et les explications neurophysiologiques convergent.

Dans son article intitulé « Le théâtre des mains ^[33] », Geneviève Haag décrit les petits mouvements de rotation et d'entremêlement des doigts du bébé, qui semblent le fasciner lui-même et qui occupent son attention. Sa théorisation métapsychologique en lien avec une ébauche de la structure radiaire de contenance dépasse, bien sûr, l'observation des MG. Nous relevons néanmoins les grandes lignes de son observation fine et subjectivante, car elles concernent directement notre clinique. Geneviève Haag a élaboré sa théorisation à partir d'observations notées par Esther Bick.

Ces petits mouvements *fidgety* sont présents surtout aux extrémités, comme le sont les mains. Ces mouvements, quand

ils sont observés par le bébé lui-même, par la sensation, le mouvement et le regard de ses propres mains, lui permettent une élaboration psychique. Ces mouvements donnent à la motricité son caractère fluide et harmonieux quand nous, de l'extérieur, observons le bébé. Mais si l'on se met à la place du bébé qui observe son propre corps : lorsque ces mouvements *fidgety* sont présents, le bébé en retire une tout autre qualité d'information et de représentation de lui-même.

Geneviève Haag nous aide à garder en tête qu'un bébé qui joue avec ses mains est un petit sujet pris dans le jeu pulsionnel. Elle auréole les mains du bébé de toutes les représentations successives dont les mains se parent, puisque ces mains font des allers-retours entre la bouche du bébé et celle de la mère, le sein, la peau de la mère. « Si l'on définit la symbolisation, comme le propose souvent Donald Meltzer : une chose et son représentant ayant des rapports analogiques variés, mais surtout dont le lien symbolique est forgé par un feu émotionnel rattaché au jeu pulsionnel, une main, comme le propose Esther Bick, étant comme une bouche et l'autre comme un sein, les activités de l'une avec l'autre, de l'une *dans* l'autre sont bien portées par des affects puissants, soit de rage, soit d'intense plaisir pulsionnel, soit de tendresse ; cette main se trouve donc bien dans un rapport symbolique avec la bouche et le sein ^[34]. »

La capacité du bébé d'avoir des mouvements harmonieux et fluides au niveau des mains influence sa capacité de se les représenter. Ses mains participent également à l'enveloppe de contenance qui se tisse entre lui et sa mère. La main que le

bébé tête participe aussi à ce grand tissage, « le suçotement du pouce représentant l'interpénétration bouche/mamelon/œil à œil et l'enveloppe par la peau-contenance dans le contact tactile des doigts périphériques, les jonctions des mains représentant la soudure de l'axe médian ^[35] ».

On voit l'importance de la motricité fine des mains dans la manipulation dont elles sont capables l'une vis-à-vis de l'autre, et dans la palpation du sein lors de l'allaitement. Ce que souligne G. Haag est encore à un autre niveau : à la boucle de contenance qui s'établit entre le regard de la mère, celui du bébé, à celui du lien entre la bouche du bébé et le mamelon, s'ajoute le contact tactile des mains.

Elle y adjoint un niveau supplémentaire : le contact entre les mains permet d'établir une jonction, il rassemble les deux hémicorps et constitue une soudure de l'axe médian. Les couches successives de contenance s'additionnent, telles des pelures d'oignon, tissées par des allers-retours œil-œil-main-sein-bouche-mamelon qui se répètent, traçant des sillons à mesure que les allers-retours se répètent. Cette élaboration par G. Hagg du concept de la structure radiaire de contenance est une formidable découverte découlant de la finesse de ses observations cliniques.

Mais G. Haag attire aussi notre attention sur la contemplation autoérotique que fait un bébé de sa propre main en éventail, qu'elle situe autour du 2^e mois. Elle « propose de considérer cette forme comme l'une des formes perceptives visuelles

privilégiées représentant l'introjection de contenance et faisant partie des *formes radiaires* telles [qu'elles] les [a] définies en 1993. Ces formes radiaires ou "solaires" sont issues des "boucles de retour" proposées par un enfant post-autiste ^[36] ».

La représentation que se fait le bébé de son mouvement de main, en lien avec le plaisir associé à l'expérience de satisfaction, engramme un chemin possible vers son objet de satisfaction : « *Une image motrice*, issue des tensions pulsionnelles dans les zones érogènes, bouche et main, souvent confondues, crée un départ en quête de rencontres pour la satisfaction du besoin, ainsi que pour les rencontres sensuelles et psyché-regard, poussant un mouvement plus ou moins ébauché et amplifié hallucinatoirement (*image motrice*) ^[37] . » Nous verrons dans le chapitre sur l'*Esquisse* de Freud que l'image motrice correspond aux traces laissées par les décharges lors de l'expérience de plaisir (ou de déplaisir dans le cas de douleurs).

Ce sont donc peu ou prou toutes ces notions que nous devons garder en tête lorsque nous parlons de la motricité perturbée des enfants qui sont devenus autistes. La perturbation de leurs mouvements spontanés des mains a des répercussions sur un grand nombre de boucles rétroactives qui permettent à la communication de se coconstruire dès les premières semaines de vie. Revenons maintenant à une vue plus globale, pour capter dans leur ensemble les contours des implications des MG.

MG et PMA : l'influence de l'infertilité

Une étude de cohorte prospective menée aux Pays-Bas auprès de 605 bébés a permis l'enregistrement vidéo des MG de 455 de ces bébés. Ils étaient répartis en quatre groupes : 1) FIV (fécondation *in vitro*) sur hyper-stimulation ovarienne ; 2) FIV sur cycle naturel modifié ; 3) conçus naturellement ; 4) ces trois cohortes formant un 4^e groupe, le groupe « subfertile » ou d'infertilité, qui sera comparé avec une population de référence.

Il est apparu significatif que le groupe composé de bébés dont les parents étaient suivis depuis au moins un an pour -infertilité avait des MG dont la qualité était réduite de façon statistiquement significative, par comparaison avec la population de référence ^[38]. Ces bébés étaient moins nombreux à avoir des MG de qualité normale ou optimale (3 % des bébés de cette cohorte avaient des MG normaux, comparativement à 14 % dans la population de référence) ; tandis que 42 % d'entre eux présentaient des mouvements anormaux (midly abnormal et definitely abnormal), par comparaison à 28 % dans la population de référence.

Il peut sembler étonnant que seulement 14 % des bébés aient des MG de qualité normale-optimale dans la population de référence. En réalité, ce qui est considéré comme « normal » correspond aux deux catégories normal-optimal et normal--suboptimal. Au total, 72 % des bébés avaient des MG normaux

dans la population de référence, contre 58 % dans la population de bébés nés de parents ayant des troubles de la fertilité.

Cette étude ne démontre pas d'association entre la qualité des MG et le mode de conception (FIV sur cycle naturel, FIV après hyperstimulation ovarienne ou conception naturelle). Elle révèle toutefois une association entre une mauvaise qualité de MG à 3 mois et le fait d'être né de parents ayant des troubles de fertilité. Cette étude indique que ni l'hyper-stimulation ovarienne ni le processus de FIV ne serait à la base des troubles neurodéveloppementaux détectés chez les bébés par l'observation de leurs MG, mais bien plutôt des facteurs directement en lien avec les problèmes de fertilité de leurs parents.

Une altération des mg favoriserait-elle les complications périnatales ?

Sans relever d'une étiologie unique, la diminution significative de la qualité des MG observée chez les bébés dont les parents sont suivis pour infertilité va de pair avec une autre observation : l'augmentation des risques de complications obstétricales et périnatales chez les bébés dont les parents sont suivis pour infertilité. Cette association entre l'infertilité et les complications périnatales a été démontrée par plusieurs études (Draper ; Lambert ; Thomson ; Pandian ^[39]).

Cette association persiste, bien sûr, après l'ajustement statistique en fonction des autres facteurs liés à l'âge et à la parité. Les complications périnatales relevées sont : une augmentation des risques de pré-éclampsie, de placenta prævia, d'hématome rétroplacentaire, de déclenchement du travail, de césarienne, d'accouchement par voie basse nécessitant des instruments (forceps, ventouse, spatules), de naissance à petit poids et de prématurité ^[40].

Certaines de ces complications relèvent du corps maternel, mais d'autres témoignent de la capacité du fœtus à participer activement au passage de la naissance (comme la nécessité d'utilisation d'instruments – forceps, spatules ou ventouses). C'est dans cette optique qu'une réduction de la qualité des MG est compatible avec une plus grande difficulté à participer activement à la naissance, entraînant un accouchement plus long et plus compliqué.

Plusieurs facteurs relatifs aux parents entrent en considération dans la qualité des MG du fœtus. Nous avons vu qu'un suivi pour infertilité des parents est associé à une diminution de la qualité des MG de leur bébé, évalués après la naissance. Un autre facteur associé est l'âge de la mère au moment de la grossesse : « L'âge gestationnel de la mère est un facteur prédictif important quant à la qualité des MG ^[41]. »

Ces études vont dans le sens des recherches de Hayat ^[42] et ses coll., sur l'évaluation des MG du fœtus par l'IRM cinétique pendant la grossesse. L'étude de la motricité du fœtus par

échographie permet de recueillir un certain nombre d'informations, mais l'étude des MG du fœtus par IRM cinétique apporte des précisions fondamentales quant à la qualité des MG, et peut être utilisée chez une population à risque de troubles de développement ^[43]. Toujours selon ces chercheurs, le développement du système sensori-moteur n'est pas que l'expression d'un matériel génétique préprogrammé. C'est l'élaboration même des voies sensori-motrices qui se fait en coconstruction avec les contraintes de l'environnement intra-utérin : « Il est nécessaire avant tout de mieux comprendre le rôle de l'environnement intra-utérin et de son ensemble unique de stimuli qui activent les voies sensori--motrices et façonnent le développement précoce du cerveau ^[44]. »

Nous verrons dans la section consacrée aux lésions périnéales que le dialogue tonique qui s'établit entre l'utérus (avec tout le système musculaire, fascial et ostéotendineux du bassin de la mère) et le fœtus est un dialogue vivant et réciproque qui dépend en partie de la qualité tissulaire du bassin de la mère. Ce dialogue participe à la coconstruction des voies sensorimotrices du fœtus.

Nous avons vu précédemment que les bébés dont les parents ont été suivis pour infertilité ont plus de risques de souffrir de complications périnatales. Les études ne sont pour l'instant pas unanimes sur cette association. Il semblerait que les MG des bébés nés par PMA ne soient pas significativement plus atypiques que ceux des enfants conçus naturellement. Toutefois, plusieurs études (Schieve ; Helmerhorst, Jackson ;

Hansen) ont démontré que les bébés conçus à la suite d'une assistance à la procréation souffrent d'un plus grand nombre de problématiques périnatales que leurs pairs conçus naturellement ^[45]. L'association qui est validée pour l'instant est la suivante : une plus grande proportion de bébés dont les parents ont été suivis pour infertilité ont des MG de moins bonne qualité que les bébés conçus naturellement ; et les bébés nés par suite d'une PMA souffrent de plus de complications périnatales que les bébés conçus sans aide médicale. Envisagée sous différents aspects, l'association se maintient entre une diminution de la qualité des MG et une augmentation des complications périnatales.

Voyons maintenant ce qui concerne les enfants devenus autistes : ont-ils souffert de plus de complications périnatales au moment de leur naissance ? Plusieurs études ont mis en relief une association significative entre les TSA, une diminution de la qualité des mouvements généraux et une augmentation des complications périnatales.

MG et TSA

Notre expérience clinique auprès de nourrissons en retrait relationnel ou à risque d'autisme du fait de facteurs génétiques nous portait à penser que ces bébés souffrent plus souvent de complications périnatales que les bébés typiques. Nous nous

sommes donc intéressée à ce phénomène afin de distinguer s'il s'agissait d'un biais de sélection ou si d'autres équipes avaient observé les mêmes phénomènes. Portons donc notre attention sur l'observation des MG d'enfants devenus autistes. Ces enfants, qui seront diagnostiqués TSA, avaient-ils des mouvements généraux atypiques en tant que fœtus ? Voyons déjà ce qu'il en était de leur motricité quand ils avaient moins de 5 mois post terme.

Une étude rétrospective a comparé en aveugle les films familiaux de 20 enfants diagnostiqués TSA ^[46] avec un groupe contrôle apparié de 20 enfants normo-typiques. Deux observateurs ont coté des séquences vidéo de films familiaux apportés par les parents, sans connaître le diagnostic de l'enfant qu'ils observaient. L'étude des MG a démontré une plus faible qualité dans le répertoire des MG des enfants avec TSA et une absence de mouvements *fidgety*. Dans les séquences vidéo relatives aux enfants diagnostiqués TSA, les rares moments où des mouvements *fidgety* ont pu être observés, ils étaient de moins belle qualité que ceux des enfants normo-typiques. De façon générale, dans le groupe d'enfants autistes, 70 % présentaient une motricité d'un répertoire de pauvre qualité, contrairement à 12,5 % des enfants du groupe contrôle.

La période des mouvements *fidgety*, entre le 3^e et le 5^e mois post-terme, correspond, rappelons-le, au passage à une motricité corticale et à la disparition de la zone de la sous-plaque, donc vers une motricité plus spécifique et moins indifférenciée. Les observateurs de cette étude ont relevé,

pendant cette période lors de laquelle ces mouvements *fidgety* auraient dû être observés, une absence de mouvements *fidgety* dans 20,8 % des séquences vidéo. Dans les séquences où ces mouvements *fidgety* étaient présents, ils étaient anormaux dans 29,2 % des cas. Chez le groupe contrôle, l'absence de mouvements *fidgety* n'a été observée que dans 11,1 % des séquences filmées ; 88,9 % des séquences vidéo ont été cotées comme illustrant des mouvements *fidgety* normaux.

Les critères indiquant une cotation de mauvaise qualité de mouvements *fidgety* étaient principalement liés à une faible variabilité de MG, dont les amplitudes et la vitesse n'étaient pas harmonieuses, et surtout, à une qualité altérée des mouvements *fidgety*. Cette étude conclut que les enfants ultérieurement diagnostiqués autistes ont déjà des mouvements généraux de pauvre qualité avant 3 mois, puis une absence plus fréquente de mouvements *fidgety*, qui sont de surcroît de mauvaise qualité quand ils sont présents.

L'analyse des MG chez les bébés à risque d'autisme exige une certaine subtilité dans l'interprétation des résultats, car ceux-ci sont moins flagrants que dans le cas de l'IMC (Cerebral Palsy). Par exemple, la présence de mouvements dits *cramped--synchronized*, qui correspond à une contraction simultanée des membres supérieurs et inférieurs, a une valeur prédictive très élevée sur les séquelles neurologiques ultérieures ^[47] de l'IMC.

Dans le cas de l'autisme, l'évolution de la qualité des MG est plus variable, même si le pauvre répertoire des mouvements dits

« *writhing* » (0-3 mois) est observé, ainsi que l'absence ou la faible qualité des mouvements *fidgety*, tel que mentionné ci-dessus. En reprenant en détail l'étude précédemment décrite, nous observons que sur les 20 cas relevés : les vidéos de quatre d'entre eux ont permis l'observation à la fois des mouvements *writhing* et des mouvements *fidgety*. Chez les 16 autres enfants, les mouvements ont été observés soit lors de la période des *writhing* soit lors de celle des *fidgety*. Les résultats sont les suivants : un bébé présente des mouvements *writhing* normaux puis une absence de mouvements *fidgety*. Deux bébés ont des mouvements *writhing* anormaux, puis une amélioration est notée lors du passage aux mouvements *fidgety*. Finalement un bébé présente une perturbation à la fois des mouvements *writhing* et des mouvements *fidgety*.

En résumé, sur ces 20 bébés, trois d'entre eux n'ont pas été observés dans la période des mouvements *fidgety*, huit présentaient des mouvements *fidgety* normaux. Quant aux neuf bébés qui présentaient une altération de leurs mouvements *fidgety*, chez quatre de ces bébés les *fidgety* étaient absents, et chez cinq de ces bébés les mouvements *fidgety* sont anormaux.

Cependant, tout en tenant compte de ces variations, la conclusion demeure la même : le nombre anormalement élevé de bébés présentant une faible qualité de leurs MG dits *fidgety*.

Les mêmes conclusions ressortent d'une méta-analyse ^[48] qui détaille l'analyse des 20 bébés de l'étude précédemment décrite, en y ajoutant cinq autres observations de MG de bébés devenus

autistes. Les résultats illustrent que quatre de ces cinq bébés ont des mouvements *fidgety* anormaux contre un bébé seulement présentant des mouvements *fidgety* normaux.

La faible qualité ou l'absence des mouvements *fidgety* chez les bébés qui sont devenus autistes a une incidence capitale à plusieurs niveaux ; d'abord sur la communication gestuelle qui se trouve entravée par le peu de fluidité des mouvements des mains, mais aussi sur le passage d'une motricité générale à une motricité corticale, spécifique et adressée, qui correspond à la résorption de la sous-plaque au profit des connexions neuronales corticales.

Tel que nous l'avons détaillé, le moment d'apparition des mouvements *fidgety* correspond au moment de résorption de la sous-plaque, lors du passage d'une motricité générale à une motricité adressée. Or nous avons vu que l'épaisseur de la sous-plaque, mesurée par IRM, demeure élevée chez les personnes autistes à des âges où elle devrait être résorbée. Ces données corroborent la clinique : nous constatons que la motricité spontanée des enfants autistes est de moins bonne qualité que celle des enfants typiques du même âge, témoignant d'une moins bonne qualité de leur organisation neurologique. Cette motricité altérée entrave en retour leur capacité à manifester des actions spécifiques. Leur motricité demeure générale, chaotique, désorganisée et non intentionnelle. À l'inverse, il est tout à fait envisageable que le passage à une motricité adressée contribue à la résorption des connexions neuronales qui transitent par la sous-plaque.

D'autres équipes ^[49] ont soutenu l'hypothèse que l'autisme a des origines prénatales, plus particulièrement au niveau du tronc cérébral et de ses différents relais vers les noyaux de la base et le cervelet, affectant les premières fonctions sensori-motrices mais aussi neuro-végétatives. Selon ces auteurs, les conséquences de ces altérations se retrouvent chez le bébé dans sa posture, sa coordination, l'anticipation de ses mouvements, et de ce fait affectent l'expression de ses affects, ainsi que son engagement intersubjectif avec ses parents.

L'ensemble de ces recherches sur les mouvements généraux *fidgety* et la résorption de la sous-plaque converge vers cette hypothèse intéressante : même le cortex moteur ne se développe bien qu'au sein de la relation. Le fait de pouvoir adresser des gestes intentionnels vers l'autre permet aux connexions neuronales de s'organiser au niveau cortical et, simultanément, permet aux connexions sous-corticales de se résorber. Ce point est essentiel dans notre argumentation.

Aspect thérapeutique

Un des objectifs du thérapeute dans le suivi parent-enfant, c'est de nommer aux parents ce qu'il perçoit de ce que leur bébé essaye de faire sans y parvenir. Le thérapeute doit aider le parent à déchiffrer la motricité du bébé, qui semble - incohérente, pour que l'intention sous-jacente soit manifeste.

Par exemple, quand un bébé bouge son bras tout en étant très loin d'en contrôler le mouvement, le thérapeute peut expliquer aux parents que l'enfant essaie d'attraper un jouet. Les parents arrivent graduellement à modifier leur interprétation des gestes de l'enfant, à ralentir, à attendre la réponse qui tarde à venir. Il ne faut donc pas hésiter à en faire des partenaires aguerris, car ils peuvent d'autant mieux interpréter la motricité du bébé qu'ils en détectent les préalables nécessaires au mouvement.

Un bébé qui ne stabilise pas bien sa tête ne fixe pas le regard, il faut donc lui proposer un appui. Si c'est l'épaule qui a du mal à être stabilisée, la main trouve difficilement le chemin vers l'objet. Il faut donc approcher l'objet plus près de la main du bébé et le tenir plus longtemps avant qu'il puisse enfin l'attraper, ou placer une main sur son thorax. Un bébé sur une pente autistique a une motricité qui est très difficile à interpréter pour les parents. Les mouvements du bébé sont saccadés, incoordonnés, imprécis, semblent chaotiques et sans but. Il faut donc voir au-delà de ce que présente le bébé, avoir une bonne dose d'illusion anticipatrice, puis être patient pour lui laisser le temps de manifester effectivement son intention.

En résumé :

– nous avons vu que l'étude des MG a une grande valeur prédictive sur les séquelles neurologiques des IMC, mais aussi d'autres problématiques neurodéveloppementales ;

- nous avons relevé l'association entre le fait d'avoir des parents qui consultent pour infertilité et une diminution des MG chez leur bébé (sans qu'il y ait une association significative directe entre la qualité des mouvements généraux et le fait d'avoir été conçu par PMA) ;
- nous avons souligné le lien entre la conception par PMA et l'augmentation des complications périnatales ;
- enfin, nous avons vu que les MG des enfants devenus autistes étaient perturbés bien avant que le diagnostic de TSA ne soit posé.

Des questions demeurent : y a-t-il une diminution de la qualité des MG *déjà en intra-utérin* chez les enfants qui sont à risque d'autisme ? Cette hypothèse n'est actuellement pas encore validée. Nous pouvons la supposer par notre raisonnement clinique mais elle n'est pas établie statistiquement. Il serait intéressant de se baser sur une précédente étude ^[50] qui évalue les MG des fœtus *in utero*, validée par ailleurs auprès d'une autre population, afin de vérifier la qualité des mouvements généraux intra-utérin dans la population de frères et sœurs d'enfants autistes. Des précautions supplémentaires lors de la naissance s'imposeraient alors plus systématiquement.

Les MG peuvent-ils être modifiés ou n'ont-ils qu'une valeur prédictive quant à l'avenir neurologique du bébé ?

Compte tenu de l'importance de la qualité des MG sur le développement du bébé et sur la communication avec le parent, que faire dès qu'une altération de la qualité des MG est identifiée ? Des études à plus grande échelle seront nécessaires, mais une étude ^[51] préliminaire incluant quatre bébés très prématurés qui présentaient des mouvements dits *cramped-synchronized* et une hémorragie intra-ventriculaire (fortement corrélée avec des séquelles neurologiques et une IMC) laisse penser qu'une mobilisation active du bébé peut favoriser une amélioration, voire une normalisation de ses MG. Les mobilisations consistent en des mouvements de la tête, du bassin et des quatre membres, de façon douce et fluide dans tous les plans de l'espace.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont ici un rôle capital, en pratiquant eux-mêmes les exercices avec les bébés, puis en enseignant cette gymnastique aux parents, qui peuvent la reproduire plusieurs fois par jour avec leur bébé, sous forme de jeu, accompagné d'une comptine par exemple. Dans cette dernière étude, un thérapeute appliquait lui-même le protocole d'exercices cinq fois 10 minutes par jour avec les bébés, pendant 10 à 12 semaines. À l'âge d'apparition des mouvements *fidgety*, à la 14^e semaine, trois des quatre bébés présentaient des

mouvements *fidgety* normaux, un seul avait des mouvements *fidgety* anormaux. À un âge préscolaire, aucun des quatre bébés n'a présenté de retard de développement. La reproduction des MG, par un thérapeute ou par le parent, lorsque ces mouvements ne sont pas spontanément produits par le tronc cérébral du bébé, pourrait donc avoir un effet rétroactif positif sur le développement du système nerveux.

De façon générale, les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle absolument central dans la détection des bébés à risque d'autisme : ils reçoivent systématiquement les mères dans le cadre de la rééducation périnéale après l'accouchement. Les mères sont dans la plupart des cas accompagnées de leur bébé. Les masseurs-kinésithérapeutes reçoivent également un grand nombre de bébés pour dégager leurs voies respiratoires lors des crises de bronchiolite. En tant que spécialistes de la rééducation et du mouvement, ils sont en première ligne pour identifier les bébés de la population générale qui présentent une motricité spontanée inquiétante. La formation des masseurs-kinésithérapeutes, particulièrement ceux qui exercent en libéral, à la détection du signe PRÉAUT ^[52] et à l'évaluation des MG serait d'une grande utilité publique.

MG et prématurité

Une grossesse se termine normalement à la 41^eSA. Les bébés sont considérés comme étant nés à terme s'ils naissent à partir de la 36^eSA. L'Inserm ^[53] distingue trois cas de prématurité :

- la prématurité moyenne correspond aux bébés nés entre la 32^e et la 36^e SA révolue (7 à 8 mois de grossesse) ;
- la grande prématurité correspond à une naissance entre la 28^e et la 32^eSA (6 à 7 mois de grossesse) ;
- la très grande prématurité pour les bébés nés entre 23 et 28 SA, soit en deçà de 6 mois de grossesse, sachant qu'aucun bébé n'a survécu en France en deçà de 23 SA.

Les taux de bébés nés prématurément sont en hausse en France et dans d'autres pays développés. La prématurité est passée de 5,9 % à 7,4 % entre 1995 et 2010. « Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10 % sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA ^[54] . »

Ces taux sont préoccupants si on considère le risque d'autisme associé à la prématurité. Notons que ce risque d'autisme en lien avec la prématurité serait entre autres corrélé avec le poids de naissance. Le risque d'autisme serait cinq fois plus élevé que la moyenne nationale, selon une étude ^[55] faite aux États-Unis

auprès de 623 adolescents, nés à moins de 2 000 g. Une autre étude ^[56] rapprochant le diagnostic d'autisme avec la prématurité trouve des résultats plus modérés mais toujours significatifs, avec une prévalence de 1,8 % d'autisme chez les anciens grands prématurés de moins de 28 SA. Rappelons que la prévalence retenue par l'HAS en 2018 était de 2,4/1 000.

Nous avons reçu plusieurs bébés présentant des MG de mauvaise qualité associés au fait que la mère avait vécu d'importantes douleurs pendant la grossesse. Ces constatations vont de pair avec les hypothèses de coconstruction des voies - sensori-motrices du bébé, à partir de son matériel génétique, mais également en relation avec son environnement péri-utérin. Ce n'est évidemment pas toujours le cas, comme nous le verrons avec la petite Ana, très grande prématurée née à 27 SA, qui présentait des MG de pauvre qualité alors qu'elle avait une belle capacité d'interaction tonique déjà présente en intra-utérin. La mère avait été très sensible à la question du dialogue tonique et avait vécu une belle grossesse sans douleur ni trauma particulier.

Il est admis dans la littérature que les bébés nés prématurément ont des MG de moins bonne qualité que les bébés nés à terme. Il est aussi démontré que les bébés nés prématurément dont les MG sont de moins bonne qualité sont plus à risque d'avoir des difficultés sur le plan cognitif ^[57]. Dans cette dernière revue de littérature sur l'association entre les MG des prématurés et leur développement cognitif, il est souligné que les MG de mauvaise qualité sont associés non seulement

avec des difficultés psychomotrices, mais aussi avec des difficultés dans les autres domaines de développement, psychique, relationnel et cognitif. Les MG saccadés ou de faible répertoire, observés chez les bébés de 3 à 5 mois, indiquent un haut risque de problèmes cognitifs. Et surtout, pour ce qui nous concerne, « un répertoire moteur monotone observé durant ces premiers mois précoces de développement peut avoir des conséquences sur les habiletés de l'enfant à interagir avec son environnement ^[58] ».

Effets de l'absence de mouvements *fidgety* du bébé sur son environnement

La mauvaise qualité ou l'absence de mouvements *fidgety* du bébé prématuré entraîne également des conséquences sur la façon dont la mère porte son bébé et le manipule pour le poser. Une étude ^[59] auprès de 39 bébés nés prématurément mais en bonne santé a évalué la façon dont la mère porte son bébé et le repose, afin d'estimer l'influence de la qualité de la motricité du bébé sur le comportement de la mère. La mère et son bébé sont au sol sur un tapis pour une période de jeu de 10 minutes, sans jouet et sans tétine. La seule indication donnée est qu'au moins une fois au cours de la période d'interaction, au moment de son choix, la mère doit prendre son bébé dans ses bras puis le reposer sur le sol.

Dans cette étude, la sensibilité de la mère sur le plan de ses habilités motrices a été évaluée par la façon dont elle touche son bébé, le prend dans ses bras, le tient ou non près d'elle, puis la façon dont elle le repose au sol. L'étude n'a pas démontrée d'effet de la motricité du bébé sur les vocalisations ou le contact visuel de la mère. Cependant, une corrélation a été établie entre l'absence de mouvements *fidgety* du bébé, et le fait que la mère tienne son bébé dans ses bras mais à distance de son propre corps ; le fait qu'elle le pose en lui maintenant une position moins rassemblée (la tête du bébé se trouvant moins alignée ou touchant le sol avant le reste de son corps). Les bébés qui présentaient une moins bonne qualité de MG se trouvent donc être portés avec moins de délicatesse et se retrouvent plus souvent dans des positions provoquant en retour leur désorganisation. Ils peuvent par ailleurs moins bien anticiper les changements de position.

Cette étude démontre que la qualité de la motricité du bébé a un effet rétroactif sur la façon dont celui-ci sera porté. Les mères des bébés pour lesquels les mouvements *fidgety* étaient absents se montraient moins sensibles dans leur façon de reposer le bébé sur le sol. Celles pour lesquelles le bébé avait des mouvements *fidgety* intermittents ou absents manifestaient plus souvent des touchers non affectueux. De même, lorsque les mouvements du bébé présentaient un caractère anormal, une association est établie avec une augmentation de touchers non affectueux et une plus faible sensibilité dans la façon de prendre le bébé et de le reposer. Considérant la fréquence à laquelle un bébé est porté puis déposé au quotidien, il nous

semble évident que ces difficultés ne sont pas sans conséquence sur son organisation corporelle et sur la relation. Voyons maintenant un exemple de l'évolution des MG d'une fillette née prématurément.

Ana

Ana est une petite fille née à 27 SA, une grande prématurée. La cause de cet accouchement précoce n'a pas été identifiée. Ana a été hospitalisée quelques semaines en néonatalogie, dans une couveuse. Nous l'avons reçue quelques jours avant sa date de naissance prévue. Contrairement à plusieurs enfants que nous avons reçus, la qualité tissulaire et la capacité de dialogue d'Ana étaient particulièrement belles. Bien que n'ayant rencontré Ana qu'après sa naissance, nous pouvions nous représenter qu'elle avait bénéficié d'une belle qualité d'échange et de dialogue tissulaire avec sa mère pendant la grossesse. La coconstruction des voies sensorimotrices pendant la grossesse semblait avoir été d'une grande qualité.

Les principales tensions que présentait Ana dans ses premières semaines étaient plutôt dues à son thorax. Elle se détendait pendant la manipulation ostéopathique et, surtout, elle respirait plus amplement, elle souriait. Elle était bien apaisée après les séances. Son regard déjà expressif et sa réponse à la relation nous ont bien rassurée. C'est donc en toute

confiance que les parents sont partis se reposer à la campagne, entourés de leur famille.

Nous avons revu Ana dès son retour à Paris. Elle a déjà 3 mois d'âge corrigé (donc 6 mois d'âge réel). Nous trouvons sa motricité saccadée. Le reflux gastro-œsophagien (RGO) l'amène à être souvent dans un schéma d'extension. La belle qualité de mouvement initialement présente est remplacée par un tonus de base soudainement plus élevé. Son crâne est beaucoup plus raide, alors qu'il était initialement assez souple malgré une apparence extérieure un peu aplatie en latéral, en forme de poire, typique des bébés qui ont nécessité un masque pour respirer dans la couveuse. Ana répond au lien et sourit spontanément, elle ne se referme pas, ne détourne pas le regard, elle est très attentive au spectacle en chanson que sa mère lui fait à l'aide d'une girafe Sophie, mais Ana ne relance pas le lien.

À l'observation des MG, nous notons une qualité sub--optimale : elle manque de fluidité dans ses gestes, ses mouvements sont saccadés, avec des départs brusques et des mouvements de faible amplitude. Elle a une certaine fixité de la tête et peu de stabilité au niveau du tronc. Ces derniers points : faible tenue de tête à 3 mois, MG de qualité moyenne et un PRÉAUT positif, c'est-à-dire l'absence de relance du lien, sont trois signes indiquant une pente développementale à rattraper dans les meilleurs délais. Nous convenons de nous voir régulièrement, et débutons dès ce jour les jeux avec la maman, favorisant la relance pulsionnelle du lien. La mère, très contenante depuis le

début de la prise en charge, se prête au jeu pulsionnel avec joie et facilité.

En l'espace d'une semaine, Ana entre dans le troisième temps pulsionnel, avec ses mains et ses pieds, un peu maladroitement, mais dans un véritable échange de plaisir avec sa mère. Le troisième temps pulsionnel, que nous verrons dans la deuxième partie, met en évidence la capacité du bébé à relancer et à provoquer un lien avec l'autre. Ana peut s'enfermer en réaction à la douleur, mais elle ne présentait probablement pas au départ de problème neurodéveloppemental. Elle demeure toutefois douloureuse et hypersensible, en raison probablement d'un RGO. Comme elle reste présente dans le lien, la pédiatre explique qu'il n'y a pas d'urgence à la médicamenter. Une pH-métrie est néanmoins prévue pour vérifier le niveau d'acidité gastrique.

L'entrée d'Ana dans le troisième temps pulsionnel a eu un effet immédiat sur sa motricité. En l'espace d'une semaine, elle est passée d'une motricité désorganisée, incompréhensible et chaotique à un rassemblement vers sa mère, dans une action spécifique, intentionnelle et orientée. Elle a commencé à construire un début d'axe central, avec une alternance de réflexe tonique asymétrique du cou, alternant les deux côtés de façon équilibrée, et un bel enroulement du bassin et du haut du corps.

Mais le tonus de base d'Ana ne nous satisfait pas encore complètement, elle est très souvent dans un schéma

d'extension. La mère explique qu'Ana ne peut pas se lover sur son épaule, qu'elle préfère être tenue droite. Je reconnais là les signes d'un bébé douloureux, dont les douleurs digestives restreignent les capacités à s'appuyer sur le ventre et augmentent leur tonus de base. Dans ses mauvaises journées lors desquelles elle est plus douloureuse, Ana ne tolère absolument pas la position sur le ventre. Mon hypothèse est qu'elle a un RGO douloureux, son abdomen est dense et elle pleure après les biberons, même ceux donnés à température corporelle. Elle vomit et régurgite régulièrement, même à plusieurs heures du repas.

Contrairement à ce qu'il se passe pour d'autres bébés, la douleur du RGO n'a pas comme conséquence un retrait relationnel chez Ana. Elle est entrée dans le troisième temps pulsionnel et elle n'est pas véritablement à risque d'autisme. Mais la faible qualité de ses MG associée au risque de séquelles du fait d'être une grande prématurée nous incite à poursuivre la prise en charge.

Ana demeure fragile dans son développement car, à 4 mois d'âge corrigé, elle a toujours une tenue de tête d'assez faible qualité. Lors de l'épreuve du tiré-assis, elle n'anticipe pas le mouvement et ne stabilise pas sa tête. Lorsqu'elle est sur le ventre, Ana ne s'appuie pas sur les avant-bras pour dégager sa tête. Elle demeure irritable malgré la douceur et les qualités enveloppantes de la mère. La mère a des qualités de contenance particulièrement efficaces, autant dans le portage physique, la façon dont elle la prend dans ses bras, dans ses

mots, ses chansons, son regard, tout est contenant sans être étouffant, son accordage à Ana se fait spontanément en comodalité et de façon extrêmement accordée.

Malgré tout, Ana présente de fréquents moments de - désorganisation et nécessite une poursuite de la prise en charge. Les séances visent essentiellement à la soulager de ses douleurs, à accompagner son développement psychomoteur et à soutenir la mère dans ses interactions. La cohérence de la motricité d'Ana devient plus perceptible, surtout quand elle est engagée dans un échange soutenu avec la mère. Le passage des 3 à 5 mois au niveau des mouvements *fidgety* est de trop grande importance pour laisser Ana dans une motricité désorganisée. Nous voyons que le développement de la motricité, même après la naissance, continue de se coconstruire en interaction, et que les douleurs digestives, entraînant secondairement un schéma d'extension, peuvent venir entraver un développement qui était sur une bonne lancée. Un accompagnement ajusté durant cette période aura des effets non seulement sur l'utilisation de la fonction, c'est-à-dire de son corps, mais également sur les connexions neuronales qui sont en pleine élaboration durant cette période fondamentale des 3-5 mois. Ce dernier point met l'accent sur l'incidence radicale de la douleur sur le cours du développement du bébé.

Complications périnatales et TSA

Quand nous avons débuté la rédaction de ce travail, nous avons conçu un protocole afin de vérifier quantitativement le lien que nous supposons entre le fait, pour les bébés, d'être en retrait relationnel, et celui d'avoir souffert de complications périnatales. La quasi-totalité des bébés qui nous ont consultée pour un retrait relationnel a effectivement souffert d'au moins un souci pendant l'accouchement (forceps, ventouse, spatules, césarienne sur travail, circulaire du cordon, dystocie d'épaule, hypoxie, prématurité, ictère, environnement non harmonieux avec déclenchement du travail hors de la volonté de la mère, menace d'accouchement prématuré, mère alitée une grande partie de la grossesse, mère ayant un périnée très abîmé suite à une précédente grossesse, ancienne fracture du coccyx de la mère qui entrave la descente du bébé, etc.).

Cette association entre les complications périnatales et le retrait relationnel aurait pu être un biais de sélection de notre clientèle en libéral. Mais une grande partie de ces bébés avaient rendez-vous dans notre planning avant même de naître, vu les délais; ils ne nous ont donc pas consultée pour cause de problème lors de l'accouchement, mais pour un rendez-vous de contrôle après la naissance.

Un autre facteur à prendre en compte quand des parents racontent l'accouchement, c'est le refoulement des éléments traumatiques. Il est fréquent que les parents répondent au

questionnaire en disant que tout s'est bien passé... pour ensuite avouer qu'à la fin du travail il y a eu utilisation de la ventouse, ou des forceps. Cette façon de faire est assez systématique, soit que l'usage d'instruments a été banalisé par l'équipe médicale et n'a pas laissé de trace dans le souvenir des parents, soit que la culpabilité « de ne pas avoir réussi à accoucher seule », ou « de ne pas avoir réussi à bien pousser, vu que la péridurale était trop forte », entraîne un refoulement. Le thérapeute a donc besoin d'accueillir largement et patiemment le discours des parents avant d'en récolter le contenu traumatique, souvent au bout de plusieurs séances, ou même uniquement quand le bébé est hors de danger et sorti d'affaire. Chez la femme particulièrement, l'Idéal du Moi peut être atteint quand l'histoire de la réalité de l'accouchement ne correspond pas à l'idée que la femme s'en faisait. Le deuil à faire entre ce qui est perdu de l'Idéal et la réalité vécue demande du temps et une certaine élaboration psychique.

Afin de valider ou d'invalider notre impression clinique, nous voulions donc faire un rapprochement quantitatif entre les complications périnatales des bébés que nous avons reçus et les comparer à la moyenne nationale. Cette association a toutefois été faite par plusieurs groupes de recherche, qui dans l'ensemble sont arrivés à des conclusions similaires aux nôtres : les bébés qui sont devenus autistes ont souffert, de façon significative, de plus de complications périnatales que les bébés tout-venants.

Une étude de cohorte rétrospective a comparé un groupe de 8 760 enfants diagnostiqués autistes avec un groupe contrôle composé de 26 280 enfants appariés. L'association avec 29 facteurs de risques néonatal, périnatal et prénatal, précédemment associés aux TSA dans la littérature, a été évaluée.

Appuyés sur un vaste échantillon de données, les auteurs concluent que le TSA est associé à de multiples facteurs prénataux, néonataux et périnataux. La prise de médication de la mère pendant la grossesse et les crises convulsives néonatales (Odd ratio 7,57) ont été les facteurs de risque les plus significatifs.

Du côté des nourrissons, la plus grande association a été observée au niveau des complications néonatales (*labor complications*) (OR 1,33) et de l'asphyxie à la naissance (OR 1,08). Un lien avec le petit poids à la naissance est également significatif (OR 1,23).

À la lumière de ces informations, les auteurs indiquent : « Nos résultats soutiennent la théorie selon laquelle la genèse du TSA est multifonctionnelle ; bien qu'un seul facteur puisse augmenter les risques, il est peu probable qu'une seule exposition puisse expliquer le risque à travers le spectre ^[60] », précisant ainsi que les causes du TSA sont multifactorielles, et, bien qu'un seul facteur puisse augmenter les risques, il ne peut à lui seul expliquer l'ensemble du spectre autistique.

D'autres études se sont également penchées sur l'association entre les facteurs périnataux et le risque d'autisme. Corroborant ces résultats, à partir de l'étude des dossiers hospitaliers de 594 630 enfants nés en Californie entre 1991 et 2009, une étude [\[61\]](#) de cohorte rétrospective a examiné l'association de l'exposition à des complications périnatales avec le diagnostic d'autisme (établi selon les critères du DSM IV).

Les enfants qui ont reçu un diagnostic d'autisme ont été plus exposés aux complications périnatales que les enfants neurotypiques (HR 1,15). Les expositions aux facteurs de risque prénataux et périnataux sont toutes deux associées aux TSA. Le risque est même plus grand quand les conditions défavorables sont réunies, c'est-à-dire que les conditions prénatales (HR 1,22) et périnatales (HR 1,10) sont présentes (HN 1,44).

Les auteurs concluent que l'importance de ces facteurs de risque doit nous amener à détecter et à prendre en charge précocement les bébés pour lesquels la grossesse a été compliquée.

Nous venons de voir, avec des études prenant en compte un très grand nombre de dossiers, que les bébés qui sont devenus autistes ont souffert de plus de complications périnatales que les bébés tout-venants. Une attention particulière dans la prise en charge des séquelles de ces complications périnatales doit être apportée aux bébés à risque d'autisme, pour lesquels ces complications peuvent être une source de douleur qui entrave leurs capacités relationnelles et contribue à leurs difficultés

d'organisation corporelle. Voyons maintenant d'autres facteurs qui entravent l'organisation corporelle et les capacités relationnelles des bébés à risque d'autisme, comme la persistance des réflexes archaïques à des âges où ces réflexes devraient être inhibés.

Notes du chapitre

[1] ↑ M. Hadders-Algra, « Neural substrate and clinical significance of general movements: An update », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 60, n° 1, 2018, p. 39-46.

[2] ↑ G. Cioni, H. F. Prechtl, F. Ferrari et coll., « Which better predicts later outcome in full-term infants: Quality of general movements or neurological examination ? », *Early Human Development*, vol. 50, n° 1, novembre 1997, p. 71-85.

[3] ↑ C. Einspieler, A. M. Kerr, H.F.R. Prechtl, « Is the early development of girls with Rett disorder really normal? », *Pediatric Research*, vol. 57, n° 5, Pt 1, mai 2005, p. 696-700.

[4] ↑ P.B. Marschik, M. Soloveichick, C. Windpassinger et coll., « General movements in genetic disorders: A first look into Cornelia de Lange syndrome », *Developmental Neurorehabilitation*, vol. 18, n° 4, 2015, p. 280-282.

[5] ↑ M. Hadders-Algra, A.M. Groothuis, « Quality of general movements in infancy is related to neurological dysfunction, ADHD, and aggressive behaviour », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 41, n° 6, juin 1999, p. 381-391.

[6] ↑ H. Phagava, F. Muratori, C. Einspieler et coll., « General movements in infants with autism spectrum disorders », *Georgian Medical News*, mars 2008, p. 100-105.

[7] ↑ G. Cioni, H.F.R. Prechtl, « Preterm and early postterm motor behaviour in low-risk premature infants », *Early Human Development*, vol. 23, n° 3, septembre 1990, p. 159-191.

[8] ↑ A. Beaulieu, « Naître à crédit : les effets de la relation sur la formation du cortex moteur », *Journal français de psychiatrie*, vol. 49, n° 1, p. 54-58.

[9] ↑ C. Y. P. Aizawa, C. Einspieler, F. F. Genovesi et coll., « The general movement checklist: A guide to the assessment of general movements during preterm and term age », *Jornal de Pediatria*, novembre 2020.

[10] ↑ *Ibid.*

[11] ↑ *Ibid.*

[12] ↑ A. K. L. Kwong, T. L. Fitzgerald, L. W. Doyle et coll., « Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy: A systematic review », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 60, n° 5, mai 2018, p. 480-489.

[13] ↑ C. Y. P. Aizawa, C. Einspieler, F. F. Genovesi et coll., *op. cit.*

[14] ↑ C'était la volonté du fondateur de cette méthode d'évaluation de garder les termes originaux en anglais, afin de faciliter la circulation de son enseignement dans différents pays, tout en conservant les concepts d'origine.

[15] ↑ C. Y. P. Aizawa, C. Einspieler, F. F. Genovesi et coll., *op. cit.*

[16] ↑ G.K. Øberg, B.J. Jacobsen, L. Jørgensen, « Predictive value of general movement assessment for cerebral palsy in routine clinical practice », *Physical Therapy*, vol. 95, n° 11, novembre 2015, p. 1489-1495.

[17] ↑ M. Hadders-Algra, *op. cit.*

[18] ↑ *Ibid.*

[19] ↑ *Ibid.*

[20] ↑ www.embryologie.ch

[21] ↑ T.A. Avino, J.J. Hutsler, « Abnormal cell patterning at the cortical gray-white matter boundary in autism spectrum disorders », *Brain Research*, vol. 1360, novembre 2010, p. 138-146 ; J.J. Hutsler, T. Love, H. Zhang, « Histological and magnetic resonance imaging assessment of cortical layering and thickness in autism spectrum disorders », *Biological Psychiatry*, vol. 61, n° 4, février 2007, p. 449-457 ; D.A. Nagode, X. Meng, D.E. Winkowski et coll., « Abnormal development of the earliest cortical circuits in a mouse model of autism spectrum disorder », *Cell Reports*, vol. 18, n° 5, 31 2017, p. 1100-1108 ; K. McFadden, N.J. Minshew, « Evidence for dysregulation of axonal growth and guidance in the etiology of ASD », *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 7, 2013, p. 671.

[22] ↑ M. Hadders-Algra, *op. cit.*

[23] ↑ *Ibid.*

[24] ↑ M. Hadders-Algra, *op. cit.*

[25] ↑ *Ibid.*

[26] ↑ A.N. Bennema, P. Schendelaar, J. Seggers et coll., « Predictive value of general movements' quality in low-risk infants for minor neurological dysfunction and behavioural problems at preschool age », *Early Human Development*, vol. 94, mars 2016, p. 19-24 ; G. Cioni et coll., *op. cit.* ; M. Burger, Q.A. Louw, « The predictive validity of general movements – A systematic review », *European Journal of Paediatric Neurology*, vol. 13, n° 5, septembre 2009, p. 408-420.

[27] ↑ M. Hadders-Algra, *op. cit.*

[28] ↑ IMC ou Cerebral Palsy.

[29] ↑ A.N. Bennema et coll., *op. cit.* ; M. Hadders-Algra, A.M.C. Mavinkurve-Groothuis, S.E. Groen et coll., « Quality of general movements and the development of minor neurological dysfunction at toddler and school age », *Clinical Rehabilitation*, vol. 18, n° 3, mai 2004, p. 287-299 ; M. Hadders-Algra, A.M. Groothuis, *op. cit.*

[30] ↑ M. Hadders-Algra, *op. cit.*

[31] ↑ Le bébé est dans un état d'éveil stade 4 selon Pretchl (les MG peuvent être toutefois évalués si le bébé est dans un sommeil léger).

[32] ↑ H. Phagava et coll., *op. cit.*

[33] ↑ Cf. www.genevievehaagpublications.fr (l'article n'est pas annexé au recueil *Le Moi corporel*).

[34] ↑ *Ibid.*

[35] ↑ *Ibid.*

[36] ↑ *Ibid.*

[37] ↑ *Ibid.*

[38] ↑ K.J. Middelburg, M.L. Haadsma, M.J. Heineman et coll., « Ovarian hyperstimulation and the in vitro fertilization procedure do not influence early neuromotor development : A history of subfertility does », *Fertility and Sterility*, vol. 93, n° 2, février 2010, p. 544-553.

[39] ↑ E.S. Draper, J.J. Kurinczuk, K.R. Abrams et coll., « Assessment of separate contributions to perinatal mortality of infertility history and treatment: A case-control analysis », *Lancet*, vol. 353, n° 9166, mai 1999, p.1746-1749 ; R.D. Lambert, « Safety issues in assisted reproductive technology: Aetiology of health problems in singleton ART babies », *Human Reproduction*, vol. 18, n° 10, octobre 2003, p. 1987-1991 ; F. Thomson, S. Shanbhag, A. Templeton et coll., « Obstetric outcome in women with subfertility », *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 112, n° 5, mai 2005, p. 632-637 ; Z. Pandian, S. Bhattacharya, A. Templeton, « Review of unexplained infertility and obstetric outcome: a 10 year review », *Human Reproduction*, vol. 16, n° 12, décembre 2001, p. 2593-2597.

[40] ↑ F. Thomson et coll., *op. cit.*

[41] ↑ K.J. Middelburg et coll., *op. cit.*

[42] ↑ T.T.A. Hayat, M. Martinez-Biarge, V. Kyriakopoulou et coll., « Neurodevelopmental correlates of fetal motor behavior assessed using cine MR imaging », *AJNR. American journal of neuroradiology*, vol. 39, n° 8, août 2018, p.1519-1522.. T.T.A. Hayat, M.A. Rutherford, « Neuroimaging perspectives on fetal motor behavior », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 92, septembre 2018, p. 390-401.

[43] ↑ *Ibid.*

[44] ↑ *Ibid.*

[45] ↑ L.A. Schieve, C. Rice, O. Devine et coll., « Have secular changes in perinatal risk factors contributed to the recent autism prevalence increase? Development and application of a mathematical assessment model », *Annals of Epidemiology*, vol. 21, n° 12, décembre 2011, p.930-945 ; F.M. Helmerhorst, D.A.M. Perquin, D. Donker et coll., « Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies », *BMJ*, vol. 328, n° 7434, janvier 2004, p. 261 ; R.A. Jackson, K.A. Gibson, Y.W. Wu et coll., « Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 103, n° 3, mars 2004, p. 551-563 ; M. Hansen, L.Colvin, B. Petterson et coll., « Admission to hospital of singleton children born following assisted reproductive technology (ART) », *Human Reproduction*, vol. 23, n° 6, juin 2008, p. 1297-1305.

[46] ↑ H. Phagava et coll., *op. cit.*

[47] ↑ F. Ferrari, G. Cioni, C. Einspieler et coll., « Cramped-synchronized general movements in preterm infants as an early marker for cerebral palsy », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 5, mai 2002, p. 460-467.

[48] ↑ C. Einspieler, J. Sigafoos, S. Bölte et coll., « 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*, vol. 8, n° 3, mars 2014, p. 286-291.

[49] ↑ C. Trevarthen, J.T. Delafield-Butt, « Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement », *Frontiers in Integrative Neuroscience*, vol. 7, 2013, p. 49.

[50] ↑ T.T.A. Hayat et coll., *op. cit.*

[51] ↑ M. Soloveichick, P.B. Marschik, A. Gover et coll., « 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*, vol. 32, n° 4, août 2020, p. 587-598.

[52] ↑ Signe PRÉAUT qui sera détaillé dans la deuxième partie de cet ouvrage.

[53] ↑ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

[54] ↑ *Ibid.*

[55] ↑ J.A. Pinto-Martin, S.E. Levy, J.F. Feldman et coll., « Prevalence of autism spectrum disorder in adolescents born weighing <2000 grams », *Pediatrics*, vol. 128, n° 5, novembre 2011, p. 883-891.

[56] ↑ A. Pritchard, T. de Dassel, E. Beller et coll., « Autism in toddlers born very preterm », *Pediatrics*, vol. 137, n° 2, février 2016, p. e20151949.

[57] ↑ C. Einspieler, A.F. Bos, M.E. Libertus et coll., « The general movement assessment helps us to identify preterm infants at risk for cognitive dysfunction », *Frontiers in Psychology*, vol. 7, mars 2016.

[58] ↑ C. Einspieler et coll., *op. cit. (notre traduction)*.

[59] ↑ O. Lev-Enacab, E. Sher-Censor, C. Einspieler et coll., « The quality of spontaneous movements of preterm infants: associations with the quality of mother-infant interaction », *Infancy*, vol. 20, n° 6, 2015, p. 634-660.

[60] ↑ E. Hisle-Gorman, A. Susi, T. Stobes et coll., « Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors of autism spectrum disorder », *Pediatric Research*, vol. 84, n° 2, 2018, p. 190-198 (*notre traduction*).

[61] ↑ D. Getahun, M. J. Fassett, M.R. Peltier et coll., « Association of perinatal risk factors with autism spectrum disorder », *American Journal of Perinatology*, vol. 34, n° 3, février 2017, p. 295-304.

4. Difficultés d'organisation corporelle et risque d'autisme

Persistance des réflexes archaïques

Nous avons vu que l'observation de la motricité spontanée du bébé nous informe sur la qualité de l'état neurologique de son système nerveux central. Nous avons également remarqué que la qualité des mouvements généraux en intra-utérin est liée au développement des voies sensori--motrices, dont la formation est elle-même liée potentiellement aux contraintes de l'environnement intra-utérin. À partir de certaines recherches ^[1] qui évaluent la qualité des mouvements généraux en intra-utérin grâce à l'IRM cinétique et de nos observations cliniques, nous avons soutenu que les mouvements généraux de certains bébés à risque d'autisme sont déjà de moins bonne qualité en intra-utérin, ce qui entraîne plus de complications périnatales lors de la naissance. Nos observations cliniques vont également dans le sens des recherches de Phagava ^[2] sur le fait que les bébés que nous recevons, et qui sont en retrait relationnel, ont des mouvements généraux de moins bonne qualité que les bébés tout-venants.

Concentrons-nous à présent sur un autre point à propos des bébés que nous recevons en situation de retrait relationnel : dans la motricité spontanée de ces derniers, nous observons la persistance de réflexes archaïques à des âges où ils devraient être inhibés pour laisser place à la motricité volontaire.

Fig. 7. Principaux réflexes archaïques.

Réflexe archaïque	Apparition (en SA)	Disparition (en sem. post- terme)
<i>Grasping</i> palmaire ou plantaire	28-32	8-10
Réflexe de Moro	28-32	12-16
Points cardinaux	28-34	12-16
Marche automatique	28-37	12-16
RTAC (réflexe tonique asymétrique du cou)	34-37	12-16

Le tableau ci-dessus détaille les plages d'apparition et de disparition des principaux réflexes archaïques. Ces réflexes archaïques constituent une phase importante du développement du système nerveux et témoignent de son bon déroulement. Ils sont absents chez le bébé hypotonique, par exemple. Leur persistance à des âges où ils devraient être

inhibés entrave toutefois le développement de la motricité volontaire.

À la différence des mouvements généraux, qui sont une gestuelle continue propre à un âge de développement débutant par des mouvements du tronc puis se complexifiant vers les extrémités, les réflexes archaïques se déclenchent et disparaissent sur le mode *on/off*. Ils sont une réponse réflexe à un stimulus spécifique. Ils sont liés à des mouvements qui seront élaborés dans la suite du développement, comme la marche auto-matique. Leur présence témoigne d'un bon fonctionnement du tronc cérébral à un moment du développement, mais seront inhibés par le développement des connexions au niveau du cortex frontal.

L'exemple de la réapparition du *grasping* palmaire chez les patients souffrant de Parkinson ^[3], témoignant d'un effacement de l'inhibition sur les noyaux gris centraux, illustre le fait que les réflexes archaïques restent présents en deçà de la motricité volontaire, qui, elle, prend le relais dès l'âge de 5 mois post-terme. La présence de ces réflexes à des âges où ils devraient être inhibés est une particularité des bébés qui nous consultent pour des troubles neurodéveloppementaux. Notre travail auprès d'eux, par le corps et par la parole, les aide à se représenter ces mouvements et permet à la motricité volontaire de prendre le relais.

La persistance de ces réflexes archaïques qui ne sont pas intégrés harmonieusement dans le développement

psychomoteur peut entraîner une gestuelle atypique. La chorégraphie ou la cinétique gestuelle observée chez les bébés qui deviendront autistes n'est pas harmonieuse. Par exemple, l'analyse de films familiaux d'enfants devenus autistes illustre des différences au niveau des mouvements de la bouche des bébés, puis dans toutes les étapes de leur développement, des positions allongées à assises jusqu'à l'acte de ramper, au quatre pattes et à la marche ^[4].

La persistance des réflexes archaïques a été aussi observée chez des groupes d'enfants autistes plus âgés. Une étude auprès d'enfants de 12 à 17 mois présentant des TSA révèle la persistance des réflexes archaïques dans un répertoire moteur qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant. Ces « recherches suggèrent que la persistance de réflexes archaïques peut altérer la trajectoire développementale des habiletés motrices à venir ; ainsi, leur évaluation pourrait être un indicateur précoce de développement atypique ^[5] ».

Élisa

Élisa est une petite fille qui nous consulte en raison d'un retrait relationnel majeur. Nous l'avons reçue la première fois alors qu'elle avait 4 mois. Sa mère, une femme éduquée qui avait déjà l'expérience de trois autres enfants, avait remarqué dès le début que sa petite dernière était différente. Ce qui étonnait

cette maman, c'est que Élisabeth détournait activement le regard. Elle avait initialement cru à un problème lié à la jalousie du troisième enfant depuis l'arrivée de sa petite sœur. Mais, le problème persistant, elle a activement recherché des informations sur Internet et s'est orientée vers Marie-Christine Laznik. La mise en place d'une triple prise en charge hebdomadaire, en psychanalyse, sensori-motricité selon l'approche d'André Bullinger et en ostéopathie, a été rapide.

Cette petite nous inquiétait beaucoup et nous craignions un autisme sévère avec retard cognitif. Elle a occupé plusieurs de nos séances du dimanche soir du ciné-club, où nous visionnions en petit groupe de travail des extraits sélectionnés de nos séances respectives afin de réfléchir ensemble sur l'évolution et sur les difficultés rencontrées par chacune des thérapeutes impliquées.

Comme c'est souvent le cas des nourrissons qui nous consultent, Élisabeth était un bébé très douloureux. Elle avait un RGO massif, accompagné de vomissements systématiques après les biberons. Elle était inconsolable dès qu'on la posait sur le dos. J'ai donc fait avec elle la première séance en la tenant assise sur la table de traitement, son dos appuyé contre mon thorax, et mes mains entourant son diaphragme. Nous avons travaillé ensemble ainsi graduellement, par des pressions douces suivies de relâchements, accompagnant son mouvement respiratoire naturel. Élisabeth pouvait prendre appui dans mes mains à mesure qu'elle se détendait ; elle soupirait d'aise et de soulagement, elle

a même beaucoup souri au cours de cette première séance, comme soulagée.

Un traitement d'oméprazole a été mis en place par la gastro-pédiatre. Des exercices neuro-visuels ont été débutés par la mère sur les conseils de Sylvie Chokron. Nous nous questionnions au sujet de la vision de cette petite, car à plusieurs moments Élisabeth, voulant se saisir à deux mains d'un objet, par exemple de la girafe Sophie, rapprochait ses deux paumes de main avec beaucoup de conviction, mais à une distance de 10 cm de l'objet. Elle avait du mal à coordonner sa vue et sa préhension.

Le plus impressionnant chez Élisabeth était la persistance systématique des réflexes archaïques, alors qu'elle avait plus de 5 mois. Elle était souvent en extension, en partie du fait de ses douleurs digestives, mais aussi en raison de son tonus de base très élevé. Sur le ventre, elle était toute recourbée vers l'arrière, avec les bras et les jambes qui ne touchaient pas le sol. Lors d'une séance visant à travailler les retournements (les roulades), elle était au sol et sa mère, à sa gauche, l'appelait avec un petit hochet. J'étais assise à ses pieds pour faciliter la rotation de son bassin et la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne, c'est-à-dire que je facilitais la rotation en l'entraînant par la flexion de ses jambes. Dès que son bassin était entraîné vers la gauche, sa tête faisait relativement une rotation droite, ce qui entraînait une extension de son bras droit. C'est le réflexe tonique asymétrique du cou qui était déclenché par la rotation secondaire de la tête, sans être inhibé,

et qui empêchait complètement toute rotation opposée du bassin.

Pour faciliter la préséance de la motricité corticale sur celle, réflexe, du tronc cérébral, je me suis appuyée sur la théorisation de Chantal Lheureux-Davidse quant à l'importance de nommer les sensations pour qu'elles puissent être représentées psychiquement. J'ai alors proposé à Élisabeth de saisir le hochet avec cette main hors de contrôle qui se tendait dans le sens inverse du mouvement, tout en nommant la sensation qu'elle éprouvait, pour qu'elle puisse se la représenter : « Oh, cette petite main, elle nous embête, tiens, on va lui donner un hochet. » Après plusieurs tentatives, Élisabeth a réussi à attraper le hochet et son effort volontaire lui a permis d'intégrer sa main dans le mouvement global de son corps. Élisabeth a acquis ainsi graduellement les retournements. Quelques semaines plus tard, son tonus de base est devenu plus harmonieux, avec toujours cette difficulté à intégrer le mouvement des bras lors des roulades. Mais alors, l'objet devenait moins nécessaire et ma voix suffisait pour qu'elle trouve le chemin pour se rassembler : « Oh, encore ce petit bras ! Il est où, le petit bras d'Élisabeth ? »

Cette séquence illustre l'importance de l'autre, qui nomme les sensations de l'enfant afin que celles-ci accèdent au statut de perception permettant à l'enfant de se les représenter. C'est grâce aux mots employés par l'autre que les sensations vécues par l'enfant prennent sens et qu'elles s'inscrivent psychiquement. Nous reviendrons longuement sur ce point.

Ce qui sera un moment clé pour Élisabeth est la première fois où elle a relancé un troisième temps pulsionnel, par un mouvement vers ma bouche avec sa petite main, alors que je lui disais à quel point elle était délicieuse ^[6]. Cette enfant illustre à elle seule la problématique exposée dans cette thèse, depuis la grossesse avec une maman sidérée par une histoire familiale lourde, une perturbation des mouvements généraux, une persistance des réflexes archaïques, un troisième temps pulsionnel qui se met graduellement en place mais qui s'éteint dès que les douleurs digestives reprennent le dessus, ainsi qu'un développement cognitif ralenti par le retard psychomoteur.

Élisabeth progresse et est la fierté de notre travail collectif, mais le chemin est long et exige un travail transdisciplinaire soutenu, loin de toute pensée magique. La prise en charge hebdomadaire consiste en trois séances : une psychothérapie psychanalytique orientée vers la relance du lien pulsionnel, une séance d'ostéopathie pour détendre le corps douloureux d'Élisabeth et une séance de psychomotricité selon l'approche d'André Bullinger pour intégrer les flux sensoriels et accompagner son développement psychomoteur.

Il sera question de la grossesse de la mère d'Élisabeth lorsque nous étudierons les problématiques périnéales, mais rappelons à nouveau l'influence que peuvent avoir des tensions importantes du bassin et de l'utérus sur le développement des voies sensorimotrices du bébé. La cascade développementale est un processus qui se coconstruit : dans les exemples cités,

nous ne décrivons pas une suite de hasards malchanceux, mais des événements qui se succèdent en s'enchaînant. C'est ce que tente de dénouer la triple prise en charge avec beaucoup de patience. C'est la relance du lien pulsionnel, principal agent organisateur de la motricité du bébé.

La détection précoce du syndrome d'Asperger

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le syndrome d'Asperger fait partie du spectre autistique, avec l'autisme infantile et l'autisme atypique. Le syndrome d'Asperger partage avec l'autisme infantile les caractéristiques typiques que sont les difficultés de communication et d'interactions sociales, les comportements répétitifs et les intérêts restreints. Il est caractérisé par l'apparition du langage avant 5 ans. Le diagnostic du syndrome d'Asperger se fait habituellement plus tardivement que les autres types d'autisme qui, pour leur part, peuvent bénéficier d'une détection beaucoup plus précoce, autour de 3 ans dans les cas les plus standards. Il n'est pas rare que certaines personnes ne reçoivent leur diagnostic du syndrome d'Asperger que très tardivement, à l'adolescence, voire jeunes adultes. Le diagnostic s'établit d'après des critères de comportement, ce qui rend la spécificité et la sensibilité incertaines.

Une étude^[7] rétrospective sur 16 enfants autistes Asperger a analysé les films familiaux de ces enfants, après qu'ils eurent reçu leur diagnostic. Les vidéos provenant des parents ont été récoltées *via* des professionnels, lors de conférences, sur Internet et par l'intermédiaire de publications professionnelles. Une des bases épistémologiques de cette étude concerne l'observation d'une perturbation de la motricité, dont l'explication se trouve dans la perturbation des réflexes archaïques : « Certains réflexes ne sont pas inhibés au moment approprié à l'âge développemental, tandis que d'autres n'apparaissent pas lorsqu'ils le devraient^[8]. » Ces perturbations des réflexes archaïques entravent en retour la motricité volontaire et adressée de ces enfants.

Les auteurs rappellent que la gestuelle de mouvements (*movement patterns*) est le premier langage du bébé. Cette façon particulière de bouger appartenant aux enfants qui deviendront autistes est sensiblement la même que celle que présentent les enfants qui recevront plus tard le diagnostic de syndrome -d'Asperger. Dans ces travaux, ce ne sont pas l'étude des mouvements généraux ni l'observation des réflexes archaïques qui sont utilisées mais le système de notation Eshkol-Wachman. À partir de l'observation de la motricité spontanée des enfants dans les films familiaux, chacune des articulations est évaluée selon sa possibilité de se mouvoir dans les trois plans de l'espace.

L'analyse détaillée de la motricité des bébés à laquelle se livrent les auteurs de cette étude ajoute un angle de vue extrêmement

intéressant quant à la clinique des bébés à risque d'autisme. Selon eux, ce qui caractérise le développement de l'autonomie motrice des enfants dans leur première année de vie est le passage de la position horizontale à la position verticale. Le bébé fera cette transition grâce à une succession d'étapes prédéterminées, où chacune est importante et sert de préparation à l'étape suivante. Cette description étant différente de celle que nous utilisons habituellement, nous la détaillons pour enrichir notre capacité d'observation de la motricité chez ces bébés.

Examinons ici les principales anomalies dans le répertoire gestuel relevées chez ces enfants.

La bouche de Moebius (Moebius mouth)

Du nom de son auteur, Paul J. Moebius, qui a décrit les asymétries du visage observables dans les paralysies faciales, la « bouche de Moebius » est un syndrome descriptif d'asymétrie de la bouche et des yeux. Cette asymétrie a fréquemment été observée chez des personnes avec TSA. Dans cette étude, huit des 16 enfants présentaient cette asymétrie caractéristique. Notons qu'une asymétrie du visage a également été relevée chez les bébés que nous suivons, par exemple dans le cas d'Enrico ; mais nous avons toujours trouvé une corrélation mécanique au

niveau du massif facial. Et surtout, ces asymétries qui se corrigent avec le traitement ostéopathique n'ont vraisemblablement pas comme origine le tronc cérébral, tel que décrit dans cet article.

Persistance d'une asymétrie en position allongée

(Persistent asymmetry when lying)

Il est normal pour un enfant d'utiliser des positions asymétriques, c'est de cette façon qu'il pourra se tourner, ramper et marcher à quatre pattes. Le problème est la persistance d'asymétrie dans des situations où on attend de l'enfant qu'il soit capable d'être dans une position à peu près symétrique. Cette étude décrit des enfants qui, à 3 mois, ne peuvent toujours pas se tenir sur le ventre en appui sur les avant-bras, ou qui n'ont pas la tête alignée avec le corps quand ils sont allongés sur le dos. C'est leur absence de construction d'un axe corporel qui est ici soulignée.

Roulade du dos au ventre (Corkscrew rotation from supine to prone)

La rotation en forme de tire-bouchon lorsqu'un bébé se tourne du dos au ventre commence habituellement à être possible à partir de 4 mois (à 4 mois, le bébé se tourne sur le côté déjà en faisant basculer son bassin). Dans cette étude, il est observé que la roulade est impossible chez des bébés de 8 mois, parce que la présence du réflexe tonique asymétrique du cou empêche la séquence de se faire normalement ^[9]. Différentes interruptions des rotations nécessaires à la roulade ont été notées chez les enfants observés, les blocages pouvant s'effectuer tout au long du parcours. La constante est l'absence de roulade à des âges où elle est normalement acquise.

S'asseoir et se déplacer à quatre pattes (Sitting and crawling)

Les auteurs insistent sur l'importance de la marche à quatre pattes qui, grâce aux rotations alternées du haut et du bas du corps, contribue au développement et à l'organisation d'un certain nombre d'habiletés, comme l'orientation spatiale et la stabilité posturale. La façon dont les enfants devenus autistes exécutent le quatre pattes est caractérisée par une difficulté à

alterner des positions opposées, ce qui entraîne fréquemment des chutes sur un des côtés. Rares sont ceux qui feront du quatre pattes, mais quand ils y arrivent, c'est selon un patron de mouvement atypique et des pertes d'équilibre fréquentes.

Selon les auteurs, une des principales caractéristiques de la motricité des enfants qui sont devenus autistes est la présence d'une maladresse (*clumsiness*).

La position assise (Sitting)

Les enfants normo-typiques peuvent en général tenir seuls assis à 6 mois sans support, c'est-à-dire qu'ils ont les réactions d'équilibre nécessaires pour se réajuster aux micro-variations de leur posture. Dans cette étude, six des 16 enfants ne tenaient toujours pas assis à 6 mois, et trois d'entre eux toujours pas à 10 mois. Une réaction de protection normale est caractérisée par un appui de la main du côté de la chute et par une inclinaison opposée de la tête et du tronc, avec un déplacement du centre de gravité sur la fesse opposée. Deux des enfants n'avaient aucune réaction de protection, c'est-à-dire qu'une perte d'équilibre sur le côté entraînait automatiquement une chute de tout le corps.

Chute lors de la marche (Falling while walking)

Les fréquentes chutes lors de la marche sont typiques et associées au patron de marche dont le centre de gravité est plus élevé, accompagné d'un déroulement du pied non harmonieux avec la pose du pied se faisant sur la pointe. Les chutes ne sont pas amorties par des réactions de protection adaptées et, de ce fait, la tête de certains enfants frappe le sol lors d'une chute non protégée avec les mains.

Le test de l'inclinaison (The Tilting Test)

Le test d'inclinaison consiste en l'observation du positionnement de la tête lors du test des réactions de protection en position assise. Normalement, la tête s'incline du côté opposé (par exemple, à gauche, si le déplacement du tronc est vers la droite) afin de garder la position horizontale du regard, la position finale de la tête visant à garder une verticalité. Les auteurs suggèrent ce test très simple à effectuer, qui pourrait être pratiqué par les pédiatres en vue d'une détection précoce de troubles neurodéveloppementaux. Par comparaison au réflexe tonique asymétrique du cou qui devrait être inhibé à 4 mois et qui persiste bien au-delà, le réflexe de

Tilting exige la présence du réflexe de redressement de la tête qui devrait survenir et qui n'apparaît pas, à des âges où on l'attend, chez les enfants qui deviendront autistes.

Ainsi, les études de F. Muratori ont pu démontrer que la perturbation de la motricité entravait la communication entre le parent et son bébé. Dans cette dernière étude, ce qui est souligné, c'est la maladresse typiquement observée chez les bébés qui sont devenus autistes, notamment Asperger. Cette maladresse est particulièrement associée avec une persistance de certains réflexes (comme le réflexe tonique asymétrique du cou) et l'absence d'autres réflexes comme les réactions de protection assises et debout, et surtout, l'absence du redressement de la tête lors des déstabilisations induites et autres pertes d'équilibre.

Les auteurs rappellent que Hans Asperger lui-même avait identifié la maladresse comme étant la caractéristique la plus évidente chez les enfants qu'il recevait dans sa clinique. Les difficultés d'organisation corporelle des enfants qui vont devenir autistes Asperger sont en tous points similaires à celles des enfants qui développeront d'autres formes d'autisme. Ces difficultés sont à la base des ratages très précoces dans la communication entre l'enfant et ses parents. Elles sont aussi une entrave à la représentation que l'enfant se fait de lui-même et de son environnement. Il est impératif de détecter ces difficultés au plus tôt pour soutenir le développement psychomoteur, pulsionnel et relationnel du bébé, et prévenir

tout risque de s'engager dans une cascade développementale autistique.

Absence de tenue de tête et risque d'autisme

L'épreuve du tiré-assis consiste à tenir les mains (ou les épaules) d'un bébé allongé sur le dos en face de soi, et de le tirer doucement vers soi en position assise, en portant notre attention sur la façon dont il anticipe ou non le mouvement et la façon dont il contrôle le mouvement de sa tête. Un nouveau-né participe au mouvement même si sa tête retombe, le menton sur le sternum, quand la tête franchit la ligne médiane. Un bébé de 4 mois a complètement acquis la tenue de tête à l'épreuve du tiré-assis, de sorte que, normalement, il peut tenir sa tête afin qu'elle reste dans le prolongement de l'axe vertébral et qu'elle ne bascule pas vers l'arrière.

Flanagan et ses coll. ^[10] se sont intéressés au lien entre un manque de contrôle de la tête lors de l'épreuve du tiré-assis et le risque d'autisme. Ils ont pratiqué l'épreuve du tiré-assis chez des groupes d'enfants de plus de 6 mois en la notant de la façon suivante : sur une vue latérale, quand la tête du bébé demeure dans l'axe vertébral ou en avant de celui-ci, la cotation est de zéro. Quand la tête du bébé franchit la ligne délimitée par l'axe

vertébral vers l'arrière, au niveau du plan postérieur, la cotation est de 1 (*head-lag*).

Au total, 81 enfants ont été partagés en trois groupes constitués de la manière suivante :

- Groupe A : un échantillon de 40 enfants à haut risque d'autisme (composé de frères et sœurs d'enfants autistes) dont on suit l'évolution prospectivement pour tester leur tiré-assis à 6 mois et voir si, dans le temps, ils développent un autisme (alors diagnostiqué par le test validé ADOS et Muller) ;

Un deuxième échantillon composé de deux groupes comparés :

- Groupe B : composé de 20 frères et sœurs d'enfants autistes (ce groupe est dit à haut risque d'autisme) ;

- Groupe C : groupe contrôle composé de 21 enfants qui n'ont pas d'histoire familiale d'autisme (ce groupe est dit à bas risque d'autisme).

Les résultats sont sans appel ; un *head-lag* (un déficit dans la tenue de tête au tiré-assis) a été observé chez :

- 90 % des enfants du groupe A qui ont été diagnostiqués autistes ;

- 54 % des enfants du groupe A qui n'ont pas eu de diagnostic d'autisme mais qui ont présenté d'autres types de retard dans la communication ou au niveau social (*social /communication delay*) ;

- 75 % des enfants du groupe B dit à haut risque d'autisme ;
- 33 % du groupe C dit à bas risque d'autisme.

Cette étude démontre que la difficulté pour un nourrisson de tenir correctement sa tête à 6 mois, dans une épreuve simple de tiré-assis, est fortement corrélée à un retard neuro-développemental. Ce déficit est dû à un pauvre contrôle musculaire et à une perte de stabilité posturale. Il peut être associé à une hypotonie ou à une difficulté de coordination proprioceptive, oculo-vestibulaire et d'intégration sensorielle. Selon les auteurs, un retard dans la perception des changements de position de la tête rend difficile l'anticipation des micro-ajustements nécessaires à la verticalisation, et pourrait expliquer ce déficit.

Réflexe oculo-céphalogyre

Cette dernière étude nous semble d'une grande importance clinique. Les bébés que nous recevons pour retrait relationnel présentent systématiquement ce retard observé dans la tenue de la tête. Henri Wallon soulignait également l'importance de cette coordination des mouvements de la tête et des yeux : « L'action conjuguée de la tête et des yeux est pourtant si nécessaire à l'exploration du champ visuel qu'elle est réglée par des appareils spéciaux et répond à des systèmes très anciens de connexions nerveuses ^[11] . »

Nous avons pu collectivement visionner à plusieurs reprises dans les séquences vidéo des bébés qui sont en lien quand ils sont bien positionnés au sol, mais qui coupent le lien dès qu'on les prend dans les bras pour les déplacer. Les modifications du flux vestibulaire causent fréquemment une désorganisation du bébé et une coupure du lien précédemment établi.

Outre les difficultés de contrôle vestibulaire, notons le réflexe oculo-céphalogyre, qui permet l'ajustement de la position des yeux en fonction de la rotation de la première vertèbre cervicale. C'est grâce à ce réflexe que nous pouvons suivre un point fixe avec le regard tout en tournant la tête, ce qui exige une rotation relative des yeux dans les globes oculaires afin de garder le contact avec l'objet regardé.

Comme nous l'avons vu dans la précédente étude, les enfants à risque d'autisme ont un déficit dans la tenue de tête qui ne leur permet pas de stabiliser la base du crâne. Ils ne peuvent donc pas secondairement fixer un objet, sauf si le bébé et l'objet sont fixes ou que la tête du bébé est soutenue. Autrement dit, quand la tête ne peut pas être stabilisée et que son mouvement demeure ballottant, les yeux ne peuvent pas prendre appui sur un point fixe, ils demeurent dépendants du mouvement de la tête. Cette remarque est à prendre en considération quand on cherche à établir une relation avec un bébé en retrait relationnel. Il est indispensable de lui offrir un appui stable à la base du crâne, en soutenant sa tête avec un coussin, par exemple, durant la séance de psychothérapie. Une fois que tout blocage mécanique à la première cervicale et à la base du crâne

est levé, un travail en psychomotricité est indispensable afin de coordonner les systèmes visuel, vestibulaire et postural. Nous voyons que le travail auprès des bébés en retrait relationnel est d'emblée transdisciplinaire, avec une spécificité dans les prises en charge du psychanalyste, de la sensori-motricité et de l'ostéopathie.

Notes du chapitre

[1] ↑ T.T.A. Hayat, M. Martinez-Biarge, V. Kyriakopoulou et coll., « Neuro developmental correlates of fetal motor behavior assessed using line MR imaging », *American Journal of Neuroradiology*, vol. 39, n° 8, août 2018, p. 1519-1522.

[2] ↑ H. Phagava, F. Muratori, C. Einspieler et coll., « General movements in infants with autism spectrum disorder », *Georgian Medical News*, mars, p. 100-105.

[3] ↑ A. Maertens de Noordhout, P. J. Delwaide, « The palmomental reflex in Parkinson's disease. Comparisons with normal subjects and clinical relevance », *Archives of Neurology*, vol. 45, n° 4, avril 1988, p. 425-427.

[4] ↑ P. Teitelbaum, O. Teitelbaum, J. Nye, J. Fryman, R.G. Maurer, « Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism », *Proc Natl. Acad. Sci.*, vol. 95, n° 23, 1998, p. 13982-13987.

[5] ↑ A. Chinello, V. Di Gangi, E. Valenza, « Persistent primary reflexes affect motor acts: Potential implications for autism spectrum disorder », *Res. Dev. Disabil.*, 29 août 2016 (notre traduction).

[6] ↑ Nous y reviendrons dans la section sur le nouage RSI et dans celle sur l'importance de la pulsion tactile.

[7] ↑ O. Teitelbaum, T. Benton, P.K. Shah et coll., « Eshkol-Wachman movement notation in diagnosis: the early detection of Asperger's syndrome », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 101, n° 32, août 2004, p. 11909-11914.

[8] ↑ *Ibid.* (notre traduction).

[9] ↑ Nous avons décrit cette perturbation du développement psychomoteur par persistance du réflexe asymétrique du cou dans la section sur Élixa.

[10] ↑ J.E. Flanagan, R. Landa, A.Bhat et coll., « Head lag in infants at risk for autism: a preliminary study », *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, vol. 66, n° 5, octobre 2012, p. 577-585.

[11] ↑ H. Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, Puf, 1930, p. 28.

5. L'hypothèse du sujet

Nous faisons un aller-retour constant entre les études de cohorte et la supposition spécifique du sujet quand nous sommes avec un bébé. Les études sont indispensables pour dégager des grandes lignes thérapeutiques et identifier des facteurs de risque qui, autrement, passeraient inaperçus. Mais ce bébé que nous recevons est un petit être singulier, auquel nous nous adressons en considérant sa famille et son environnement. Ce bébé existe-t-il d'emblée en tant que sujet, ou a-t-il forcément besoin d'un autre pour advenir ? Il semble que dès l'apparition de sa première cellule, le bébé ne se développe qu'au sein d'une relation, non seulement sous le regard d'un autre mais à son contact.

La supposition du sujet

Dans le séminaire I (leçon du 2 juin 1954), Lacan mentionne une intersubjectivité présente dès l'origine : « Partir d'une intersubjectivité radicale, fondamentale, à savoir de l'admission totale du sujet par l'autre sujet, comme tels, pour en avoir rétrospectivement – je veux dire *nachträglich* – c'est-à-dire en partant de l'expérience adulte présente jusqu'à tout ce que nous

pouvons supposer des expériences originelles, en étagant les dégradations, sans pouvoir plus que lui sortir jamais du domaine de l'intersubjectivité. En d'autres termes, pour autant que nous restons dans le registre analytique, il faut que nous admettions l'intersubjectivité jusqu'à l'origine^[1].» Lacan modifiera sa conception de l'intersubjectivité dans l'évolution de sa pensée au fil des séminaires, mais la supposition du sujet demeure un fondement de sa pratique.

La supposition de sujet est une façon de s'adresser à l'enfant en lui attribuant *de facto* une place de sujet, avant même qu'il occupe cette place. Cette idée était chère à Françoise Dolto : « On ne peut pas être psychanalyste d'enfant si on n'a pas cette foi en un sujet, sujet de son propre désir, dont témoigne ce corps-là respirant^[2]. » Supposer du sujet chez le bébé à qui on s'adresse, c'est faire l'hypothèse que ce qu'il manifeste en retour est une réponse intentionnelle, que ce soit dans ses gestes, ses sourires, dans sa façon spécifique de communiquer. Comme nous le rappelle Marie Couvert^[3], c'est parce que nous nous en faisons l'adresse que la manifestation du bébé peut nous être adressée, même en ce qui concerne le cri, l'hypersomnie ou l'agitation motrice.

La clinique de l'hypothèse selon Jean Bergès

Une autre façon de décrire cette coconstruction entre le bébé et son parent nous est donnée par Jean Bergès, dans ce qu'il appelle la clinique de l'hypothèse. « C'est d'ailleurs déjà dans l'hypothèse que la mère fait très tôt – bien avant sa naissance – que son enfant est un sujet, dans son anticipation précoce, qu'il existe en tant que sujet ; [...] le sujet est déjà là, mais cette hypothèse doit être soutenue par un Autre maternel, un corps incarné par une mère ^[4]. » Cet aller-retour entre la demande et le désir sur un mode d'anticipation fonctionne tout naturellement avec un bébé qui va bien.

« Le premier temps logique du transitivity, c'est que la mère fasse une hypothèse ^[5]. » Malheureusement, cette hypothèse n'est parfois pas suivie par une gestuelle compréhensible provenant du bébé. C'est ce qu'on observe dans les films familiaux de bébés devenus autistes. Les parents font bel et bien ces hypothèses de départ. Mais l'absence de réponse visible et déchiffrable provenant du corps du bébé finit par altérer ces échanges. Cela s'observe aussi dans les études sur la prosodie de la voix maternelle (nous le verrons dans la section consacrée au mamana) : au départ, la prosodie du parent est mélodieuse, mais elle finit par s'éteindre du fait de la faible réponse provenant de la part du bébé.

Le bébé est par lui-même une réponse à cette hypothèse de sa mère ; il suppose une demande chez elle et celle-ci suppose un désir chez son bébé, tout en désirant que son bébé demande. Demande et désir s'entrelacent et se relancent l'un l'autre, entre le discours de la mère et le corps du bébé. « Tout ce qui s'exprime chez son nouveau-né, tout ce qu'elle en perçoit, est pour elle un discours. Ce qu'elle va lui dire, c'est en réponse à ce discours qu'elle perçoit, un discours qu'elle soutient de ce qu'elle suppose être la demande de son enfant ^[6]. » Mais ce jeu qui fonctionne bien entre une mère et son bébé est mis à mal quand le corps du bébé vient faire obstacle ^[7].

Selon J. Bergès, l'hypothèse porte sur le fonctionnement du corps : « il ne s'agit pas du corps en tant qu'image seulement, mais de ce corps en tant qu'il fonctionne. C'est sur ce corps-là que va porter l'hypothèse ^[8]. » Nous avons vu que les bébés qui sont devenus autistes avaient une mauvaise qualité des mouvements généraux, particulièrement des mouvements *Fidgety* qui donnent une impression d'élégance et de fluidité à la gestuelle du bébé, et qui sont très importants dans la communication. Le fonctionnement du corps du bébé à risque d'autisme altère l'hypothèse que le parent peut faire à partir de son bébé. Voilà pourquoi les parents qui ont déjà eu un enfant réagissent plus rapidement au retrait relationnel de leur bébé. Leur fonction parentale fonctionnant bien, ils perçoivent plus rapidement que la fonction bébé est problématique. « Le corps du bébé, il faut aussi le lire, le déchiffrer, c'est-à-dire pouvoir faire une hypothèse, c'est-à-dire amener du symbolique ^[9]. » Et cet arrimage du corps au symbolique, pas seulement à la lettre

mais au signifiant, c'est-à-dire à l'Autre, est un préalable pour accéder au langage.

Mais peut-on faire un pas supplémentaire et supposer le sujet... chez le fœtus ?

La supposition du sujet... fœtal

Nous avons mentionné les récentes recherches sur la motricité fœtale par échographie et par IRM cinétique. Les précautions apportées par Delassus dans son étude du fœtus nous apparaissent bienvenues. Selon lui, le chercheur découvrant l'échographie s'approche de sa terre natale avec ivresse, il découvre un monde vivant là où il croyait trouver un monde endormi : « L'origine se rapprochait, elle devenait accessible, on pouvait fouiller la terre natale ^[10]. »

Les risques de cette ivresse sont associés à une méthodologie qui ne tiendrait pas compte des erreurs possibles :

- l'erreur par réduction, venant du fait d'observer le fœtus en le considérant dans son fonctionnement comme un simple organe, en le réduisant à un statut d'objet ;
- l'erreur par extension, en superposant au milieu prénatal nos observations du milieu natal, ce qui nous empêcherait d'envisager une spécificité du fœtus ;

–l’erreur par projection, en prenant pour réalité le vécu fantasmatique de l’observateur.

Avec justesse, il ajoute : « Ainsi, l’objectivité abusive tout comme la subjectivité imaginative risquent d’être à l’œuvre dans l’investigation de la vie prénatale ^[11]. » Nous gardons donc en tête cette mise en garde dans notre réflexion sur le dialogue tonique intra-utérin : il ne s’agit pas de voir le développement du fœtus comme un objet soumis uniquement à une force génétique, mais n’allons pas non plus trop vite dans nos projections et interprétations de ce que l’on peut percevoir ou imaginer.

Le dialogue tonique intra-utérin

L’analyse qualitative des mouvements fœtaux ^[12] démontre un début de mouvements vermiculaires à la 7^e semaine d’aménorrhée (SA), qui disparaît à la 10^e SA. Le début des mouvements en flexion/extension se précise à la 10^e SA. Il est visible à l’échographie ^[13] qu’une extension du tronc de l’embryon l’amène à rencontrer la paroi (initialement la paroi de l’amnios, avant même qu’il soit suffisamment développé pour rencontrer la paroi utérine). Le retour en flexion se fait donc par un contact directement sur la peau de son dos, qui le rassemble et le ramène dans l’enroulement en flexion. Et c’est ce dialogue qui deviendra ledit dialogue tonique : l’expression

de l'embryon en extension trouve une limite, un contact, en réponse duquel il s'enroule en flexion.

Ce même dialogue se poursuit quand le fœtus peut prendre appui non seulement par l'intermédiaire du liquide amniotique mais également sur la paroi utérine, lorsque l'espace se réduit en raison de son développement.

Les travaux de François Farges

Les vidéos d'échographie que le docteur François Farges, échographe à l'hôpital des Diaconesses, a régulièrement montrées lors de divers congrès, sont d'une richesse époustouflante. On y voit le fœtus qui explore le contour des parois utérines, avec ses mains et avec son corps. Le rapport étroit entre l'occiput, le haut du dos, le sacrum et l'appui proposé par la rondeur du contenant utérin est bien illustré. Le fœtus, dont la position dite fœtale lui permet d'occuper le plus petit espace possible, bondit et s'étire en poussant les parois de son étroit contenant qu'est l'utérus. La paroi utérine offre à ses mouvements une limite qui lui permet de retrouver sa position rassemblée.

Il est manifeste que le fœtus est dans un dialogue actif avec son environnement, dans une exploration faite d'intentions d'abord faibles, puis de plus en plus affirmées. Les échanges sont multipliés dans le cas de jumeaux. Les échanges réciproques

alternent avec des moments de repos. Ces échanges persistent un certain temps dans le cas de jumeaux, si l'un d'entre eux a cessé son développement, celui qui lui survit relance le lien un certain temps. Le fœtus peut aussi s'adresser à ce qui semble être un objet, comme dans le cas du « fœtus au ballon », où on voit un fœtus attraper avec ses mains et ses pieds un ballon formé par un hématome ^[14].

Un autre point qui est stupéfiant lors du visionnage de ces vidéos est l'aisance avec laquelle le fœtus se déplace, ainsi que son utilisation fort agile de ses extrémités. Flottant dans un environnement sans gravité, le fœtus acquiert un niveau de développement qu'il mettra des mois à retrouver après la naissance. L'influence soudaine de la gravité au moment de la naissance lui coupe littéralement l'accès à toutes les acquisitions qui étaient les siennes en intra-utérin, et qu'il mettra des mois à retrouver après la naissance. D'où l'importance de l'effet contenant du portage et des mises en forme du corps après la naissance. Ce sont ces contre-forces qui lui offriront le contre-appui indispensable à la poursuite de son développement.

Catherine Dolto

Médecin et haptothérapeute, Catherine Dolto a longuement travaillé à faciliter, faire émerger, permettre de tisser les

relations entre les parents et leur fœtus tout au long de la grossesse.

De cette expérience, elle retire la conviction d'une coconstruction bien présente déjà *in utero* : « Un système nerveux utilisé pour communiquer se développe autrement que celui qui reste en friche ^[15]. »

Selon elle, le fœtus a déjà un ressenti sensoriel riche de son monde intra-utérin. Le son des voix, le contact des mains, mais aussi le goût du liquide amniotique qui change selon l'état de stress de la mère. Le fœtus participe activement aux échanges initiés par ses parents, mais en subit également les variations toniques : « L'enfant *in utero* décode les moindres modifications de tonus dans les parois de l'utérus et se montre très sensible à la manière dont sa mère est affectivement présente pour lui ou non. Dès qu'une main se pose sur le ventre maternel, il discrimine la qualité du contact, et sa motricité change quand il se sent accueilli et "écouté". Dans son univers, l'affectif se traduit par des perceptions qui donnent des sensations, des réactions, expériences fondatrices pour sa future personnalité ^[16]. »

L'épigénétique, qui est l'influence de l'environnement sur le matériel génétique du fœtus, trouve également un écho dans son expérience clinique auprès des familles et du développement de leur bébé : « Inné et acquis dialoguent sans fin, de notre conception à notre mort : la plasticité du cerveau humain lui permet des modifications jusqu'au bout de la vie. Il

y a un dialogue intense entre le patrimoine génétique et le milieu dans lequel l'enfant vit^[17].» Les recherches sur l'épigénétique sont en plein essor actuellement. Certains pionniers réfléchissaient déjà à cette question au siècle dernier.

Un embryon qui n'est pas uniquement l'expression d'un matériel génétique donné

Précurseur des travaux actuels sur l'épigénétique, faisant l'hypothèse du côté modifiable du bagage génétique, Erich Blechschmidt (1904-1992) a travaillé sur le caractère vivant du développement embryologique. Des dizaines d'années d'études et de recherches sur l'embryon humain l'ont amené à poser l'hypothèse d'un mouvement interne biodynamique, une poussée mécanique faite de forces et de contreforces qui permettent la formation de l'embryon, formation qui n'est pas selon lui une simple duplication d'un code génétique donné. Ses travaux apportent un éclairage intéressant sur le développement de l'embryon dans une constante interaction avec son enveloppe, dans un dialogue entre les forces internes et le modelage créé par la surface de contact avec laquelle l'embryon est en relation. Selon lui, la force interne de l'embryon ne peut s'exprimer qu'en fonction de la résistance

qu'elle rencontre, dans une coconstruction présente dès l'origine.

À partir de ses observations de milliers d'embryons, il a fait de nombreux dessins et illustrations qui sont encore utilisés aujourd'hui (comme dans l'*Atlas d'embryologie* ^[18]). Par suite de ses travaux de recherche, Blechschmidt est arrivé à la conclusion suivante : « La loi fondamentale biodynamique de l'ontogenèse implique, contrairement à la théorie antérieure de la loi fondamentale biogénétique, que l'individualité soit présente dès les premiers stades de l'ontogenèse ^[19]. »

Cette dialectique entre la tension interne de l'embryon et la réponse obtenue par l'ensemble de sa structure et de ses enveloppes est présente tout au long du développement par ce qu'il nomme les différents champs : de contusion, de corrosion, de densification, d'essorage, de dilatation, d'écartement, d'aspiration, de rétention.

En réponse à la théorie de Haeckel, élaborée en 1866, selon laquelle l'ontogenèse récapitule la phylogénèse, Blechschmidt propose plutôt un mécanisme qui serait le résultat d'un travail permanent d'agencement de forces : « Les modifications de situation, de forme et de structure sont toujours des mouvements contre des résistances, et sont donc un véritable travail au sens de fonctions vitales ^[20]. »

En présentant ici les travaux de Blechschmidt sur les forces en jeu qui coconstruisent un embryon, le fil conducteur de notre réflexion est le suivant : depuis son origine, les forces de vie en

jeu n'ont pas une organisation prédéterminée. Elles trouvent un contre-appui dans l'interaction et ainsi s'organisent dans une coconstruction. C'est ce qui est dramatique chez le bébé en retrait relationnel ; il ne peut soudainement plus trouver l'appui nécessaire à la poursuite de son développement. Les forces en jeu se désorganisent au lieu d'évoluer en se complexifiant. C'est cet appui jusqu'à l'interface avec l'autre qui doit impérativement être retrouvé chez le bébé qui s'engage sur une pente autistique. Toute cette coconstruction est également à l'œuvre au cours du développement psychomoteur.

Notes du chapitre

[1] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre I (1953-1954), *Les écrits techniques de Freud*, Paris, Le Seuil, 1975, p. 315.

[2] ↑ F. Dolto, *Le cas Dominique*, Paris, Le Seuil, 1985, p. 203.

[3] ↑ M. Couvert, *La clinique pulsionnelle du bébé*, Toulouse, érès, 2018.

[4] ↑ M. Bergès-Bounes, « Corps de la mère, corps de l'enfant », dans M. Bergès-Bounes, J.M. Forget (sous la direction de), *Le corps, porte-parole de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, érès, 2011, p. 39.

[5] ↑ G. Balbo, J. Bergès, *Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant*, Toulouse, érès, 2001, coll. « Psychanalyse et clinique ».

[6] ↑ *Ibid.*, p. 91.

[7] ↑ Voir à ce sujet le lien entre les mouvements généraux et la chaîne signifiante, M.-C. Laznik, « Comment les difficultés de la motricité du nourrisson peuvent mettre en échec les premières organisations signifiantes avec son Prochain Secourable », *Journal français de psychiatrie*, décembre 2020.

[8] ↑ J. Bergès, *Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse*, Toulouse, érès, 2005, coll. « Psychanalyse et clinique ».

[9] ↑ *Ibid.*, p. 70.

[10] ↑ J.-M. Delassus, *Le génie du fœtus. Vie prénatale et origine de l'homme*, Paris, Dunod, 2001, p. 6.

[11] ↑ *Ibid.*, p. 7.

[12] ↑ G. Boog, « Diagnostic de la souffrance fœtale par l'étude échographique des activités motrices intra-utérines », dans A. Fournié, H. Grandjean, J.-M. Thoulon, *La souffrance fœtale. Progrès en gynécologie*, Paris, Doin éditeurs, 1987, p. 57-68.

[13] ↑ http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/bien_etre_foetal/mouvements_embryo_foetaux.html

[14] ↑ F. Farges, « Le fœtus au ballon : contribution à l'étude du passage du fœtus au nourrisson », *Cahiers de PRÉAUT*, vol. 4, n° 1, 2007, p. 19-28.

[15] ↑ C. Dolto, « Réflexions sur la gestation pour autrui », *Le débat*, n° 180, mai 2014, p. 147-153.

[16] ↑ *Ibid.*

[17] ↑ *Ibid.*

[18] ↑ U. Drews, A. Eichmann, *Atlas de poche d'embryologie*, Paris, Flammarion, coll. « médecine-sciences », 2006.

[19] ↑ E. Blechschmidt, *The Beginnings of Human Life*, New York, -Springer-Verlag, 1977.

[20] ↑ *Ibid.*

6. Le développement psychomoteur

Le dialogue tonico-émotionnel ^[1]

Le concept de schéma d'extension ne peut se comprendre qu'au sein du dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue se tisse par des allers-retours entre le corps du bébé et le corps de l'autre qui le porte. Il commence en intra-utérin et se poursuit après la naissance toutes les fois que l'on manipule le bébé ou le prend dans ses bras. « Dans la rencontre des corporalités, le tonus de l'un appelle une réponse tonique de l'autre. S'engage un dialogue tonique ^[2]. »

L'extension est le premier mouvement actif que le fœtus peut faire en réponse à une variation de flux sensoriel, autrement dit, à ce qui peut être perçu comme étant une stimulation. Une des réponses à son mouvement d'extension que le fœtus reçoit à ce stade est donnée par la forme de l'utérus. La qualité de cette réponse dépend du tonus du bébé, mais également du tonus des tissus de la mère, particulièrement ceux de l'environnement utérin dans sa structure même (os du bassin, muscles, ligaments, fascias). La capacité du tissu à se déformer en se laissant étirer trouve une limite, limite qui servira de

réponse en retour de l'étirement reçu. C'est ce qui constitue le point de départ du dialogue tonico-émotionnel, tel que l'a développé A. Bullinger, dans la continuité de J. de Ajurriaguerra, qui lui-même l'avait repris de H. Wallon. Voyons comment ce concept de dialogue tonique, central dans notre propos, a pris naissance.

Henri Wallon

H. Wallon (1879-1962) fut psychologue et neuropsychiatre. Il a occupé une chaire au Collège de France de 1937 à 1949. En fin observateur clinique, il a été le premier à décrire le stade du miroir, avant qu'il soit repris par Lacan. Wallon a écrit sa thèse de médecine sur « Le délire de persécution : le délire chronique à base d'interprétation », à l'hôpital Pitié- Salpêtrière. On lui doit la paternité du concept de dialogue tonique, qu'il a présenté dès 1930. Ses descriptions détaillées du tonus musculaire sont d'une rare précision en ce qui concerne le mouvement : « Les manifestations toniques ou posturales ont une sorte d'ambivalence fonctionnelle, étant en relation avec le mouvement, d'une part, et avec le psychisme de l'autre. Pas de contraction phasique, pas de déplacement cinétique, qui ne s'accompagne à chaque instant d'une variation tonique et ne soit soutenu par une suite d'attitudes correspondantes ^[3] . »

En plus de ses descriptions précises sur le plan de la physiologie musculaire, H. Wallon décrit le lien entre le tonus et les émotions, intrinsèquement chez le bébé : « Car le tonus ne se dépense pas qu'en mouvement comme dans la joie ; il peut aussi s'épuiser en manifestation tonique, en spasmes, qui, suivant leur degré croissant de tension et de rétention, peuvent se traduire en satisfaction insipide, en jouissance aiguë ou en souffrance ^[4]. » Il observe également les effets de la relation sur le tonus du bébé. Les effets de la présence d'autrui sur le tonus du bébé est ce que Wallon appelle « la sensibilité de prestance » : « La sensibilité au regard ou à la présence d'autrui est déjà très apparente chez le nourrisson. S'il se sent approché, ses jambes et ses bras remuent, comme dans ses accès de joie ^[5]. »

Dans sa thèse de doctorat (1925) qui donnera forme à son livre *L'enfant turbulent* (1930), Wallon décrit quatre premiers stades de développement : stades impulsif (0-3 mois), émotif (3 mois à 1 an), sensori-moteur et projectif (1-3 ans). « Le développement psychomoteur de l'enfant débute par le stade impulsif, où l'excitation se décharge immédiatement en réaction réflexe ou automatique. [...] Tout le développement ultérieur va consister à rompre cet arc réflexe et à intercaler entre l'excitation et la réaction des intermédiaires ou médiations de plus en plus nombreux et de plus en plus évolués, qui deviennent des motifs de la réaction ^[6]. » En d'autres termes, qui rejoignent complètement notre propos, le bébé a dans les trois premiers mois une motricité qui peut être chaotique et désorganisée, et tout le défi est d'y insérer de l'autre, de rompre

cet arc réflexe. Les trois temps de la pulsion (que nous détaillerons au chapitre 8) sont à ce titre un outil inestimable dont la portée clinique est fondamentale.

C'est à ce stade impulsif entre 0-3 mois, lors duquel il présente des mouvements généraux d'une grande variabilité, que le nourrisson a besoin d'un autre pour, graduellement, trouver une orientation et un lieu d'adresse: « Les gesticulations ne peuvent lui être d'aucune utilité pratique. Elles ne sauraient même pas lui faire modifier une position inconfortable ou dangereuse. Une assistance de tous les instants lui est indispensable. C'est un être dont toutes les réactions ont besoin d'être complétées, compensées, *interprétées* ^[7]. Incapable de rien effectuer par lui-même, il est manipulé par autrui, et c'est dans les mouvements d'autrui que ses premières attitudes prendront forme ^[8]. » Ces observations et réflexions sont très similaires à nos propres hypothèses quant au risque d'autisme associé au fait que la motricité du bébé en reste à un stade de décharge et de désorganisation, comme nous l'avons vu.

Henri Wallon a été très sensible aux effets que la motricité du bébé peut avoir sur l'autre: « Chez le nouveau-né, les mouvements ressemblent à de simples décharges inefficaces de l'énergie musculaire, où s'entremêlent, sans bien s'y combiner, des réactions toniques et cloniques, des spasmes et la brusque détente de gestes incoordonnés, d'automatismes actuellement sans emploi, tels les mouvements de pédalage déjà observables dans les premières semaines. Cette agitation est pourtant suscitée par les besoins de l'enfant, par ses états de

bien-être ou de malaise. Elle en est le *signe*^[9] pour l'entourage dont elle provoque l'intervention bénéfique. Il s'établit ainsi de l'un à l'autre une liaison graduellement *plus spécifique* selon les exigences de l'enfant et selon les circonstances^[10]. »

Les descriptions de H. Wallon détaillent le rapport entre le tonus du bébé, ses mouvements, ses émotions, et les effets des mouvements du bébé sur autrui.

Julian de Ajurriaguerra

Julian de Ajurriaguerra a occupé la chaire de neuro-psychologie du développement de 1975 à 1981 au Collège de France. Lors de sa leçon inaugurale, il se situe lui-même dans la filiation : « Henri Wallon dont je n'ai pas été l'élève mais que j'ai toujours considéré comme mon maître^[11]. »

Alors qu'il était externe en psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne, J. de Ajuriaguerra a assisté aux séminaires de Gaëtan Gatian de Clérambault. Dans son hommage posthume à J. de Ajuriaguerra^[12], Alain Berthoz rappelle les conclusions que celui-ci a soulignées lors de la leçon de clôture de son enseignement : « Si l'on veut dépasser les contradictions entre ce qui est de l'ordre du biologique et ce qui relève du psychologique [...], il faut étudier l'homme dès le commencement, non seulement sur le plan de la phylogénèse, mais sur le plan de sa propre ontogénèse [...]. Les ténèbres de

l'enfance ne sont ni simple obscurité silencieuse, ni clarté lumineuse. Elles sont la confrontation de l'être avec le monde. » C'est avec ce souci éthique de préserver une vision globale d'interactions entre l'être humain et son environnement que J. de Ajuriaguerra s'est intéressé à la question du tonus musculaire, spécialement dans sa relation avec le mouvement chez le nouveau-né.

Julian de Ajuriaguerra a dirigé, à l'hôpital Henri-Rousselle (au sein de l'hôpital Sainte-Anne), la « consultation pour les troubles du langage et de la motricité », juste après la guerre, de 1946 à 1959. Jean Bergès a pris sa suite, au moment du départ de J. de Ajuriaguerra à Genève, et a dirigé ce service, rebaptisé « Unité de biopsychopathologie de l'enfant » de 1962 à 1995 ; il a beaucoup travaillé sur le corps de l'enfant au carrefour de la neurologie et de la psychanalyse.

Les nombreuses recherches de cette structure ont contribué, d'une part, à la création de l'École française de psychomotricité (Gisèle Soubiran), et d'autre part, à la mise en place de l'orthophonie (Suzanne Borel Maisonny).

Dans le prolongement des travaux de Wallon sur le tonus et les émotions, Ajuriaguerra a posé les bases de l'importance des réflexes et du maintien tonique des postures. Il rédigera avec André Thomas l'ouvrage *L'axe corporel*^[13], qui a été une véritable référence dans le domaine du développement de l'enfant. Cet ouvrage a été fondateur dans le développement subséquent de la psychomotricité.

André Bullinger a été l'élève de J. de Ajuriaguerra à Genève. Il en a prolongé le travail sur plusieurs plans, entre autres celui de la genèse de l'axe corporel, des flux sensoriels et du dialogue tonique.

Un corps qui se construit en interaction

« La constitution d'une subjectivité est un long processus qui s'appuie sur les interactions que l'organisme entretient avec son milieu ^[14]. »

Selon A. Bullinger, le développement postural est dépendant de l'état de tonicité, qui lui-même fluctue. Il distingue quatre sources de régulation du tonus au niveau comportemental : le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations. Développant une approche profondément enracinée dans l'idée d'une coconstruction entre un sujet et son environnement, il précise que « l'analyse des divers mécanismes qui assurent la régulation du tonus est plus intéressante que l'évaluation du tonus lui-même ^[15] ».

C'est la régulation adéquate du tonus qui permettra au bébé d'évoluer sur le plan de son développement postural et de constituer un axe corporel. Ce développement sera d'abord à dominance orale, puis autour de la flexion/extension, ensuite

dans la rencontre des deux hémicorps droite/gauche, et finalement, dans la conciliation des espaces haut et bas dans une dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne.

L'axe corporel se développe d'abord grâce au réflexe tonique asymétrique du cou, dit aussi « réflexe de l'escrimeur », illustré par le mouvement du bébé dont l'hémicorps a un tonus plus élevé en extension du côté de la rotation cervicale. Le bébé est allongé sur le dos, les bras écartés de son corps ; s'il tourne sa tête à droite, il aura le bras droit qui s'éloigne et se tend, alors que sa main gauche viendra près de son oreille. Cette posture, bien que tenue grâce à un réflexe archaïque qui sera inhibé entre 3 et 4 mois, atteste d'un système nerveux en voie de développement. L'axe corporel, loin d'être fixé et autour duquel le corps se développerait, se construit au cours des différentes acquisitions du bébé. La posture symétrique initiale du bébé est d'abord constituée d'une hypotonie axiale et d'une hypertonie des membres. Dérivées des réflexes archaïques, les postures asymétriques permettent déjà une orientation du bébé dans son environnement. Ainsi, c'est le passage successif d'un côté à l'autre qui permet une régulation tonique : « C'est par le passage actif d'une posture à l'autre, par des balancements et des changements de points d'appui que progressivement se constitue l'axe corporel ^[16]. »

La constitution de l'axe corporel donne ensuite appui aux fonctions instrumentales du corps. C'est grâce à la stabilisation proximale du corps que l'utilisation distale peut être souple et efficace. Une colonne vertébrale est bien stable grâce aux

roulades du bébé, qui tonifie tous ses petits muscles paravertébraux en faisant des retournements entre 4 et 6 mois. C'est ce qui permettra à la ceinture scapulaire (les muscles autour de l'épaule) de maintenir l'omoplate et la clavicule bien en place. Ainsi, les mouvements du coude et de la main pourront être fluides et précis. C'est ce que signifie le concept de l'axe vertébral comme donnant appui aux fonctions instrumentales du corps.

Le système visuel est aussi intimement lié au développement de cet axe corporel. Le bébé de quelques jours ne regarde que ce qui est directement accessible à son champ visuel. Vers le 2^e mois, le réflexe tonique asymétrique du cou contribue au positionnement du bébé dans sa quête visuelle, entraînant donc tout son corps de façon asymétrique. Puis vers 3-4 mois, le bébé peut bouger isolément sa tête, en prenant appui sur son buste, ce qui libère ses membres supérieurs pour d'autres fonctions instrumentales. « À cette maîtrise de l'axe corporel correspond une unification de l'espace de préhension ^[17]. »

Selon Bullinger, un bébé qui n'a pas intégré suffisamment un axe corporel compensera par l'utilisation d'un tonus pneumatique : « La posture de face est alors assurée par une régulation tonique qui s'appuie sur les deux postures asymétriques antagonistes. Cet équilibre nouveau libère les bras et les mains pour les fonctions manipulatoires et instrumentales ^[18]. » C'est-à-dire que si l'axe corporel n'est pas adéquatement constitué, les mains et le regard serviront d'agrippement et ne pourront pas être libres pour explorer

l'espace et la relation. Le tonus pneumatique est une autre façon de dire que le thorax se maintient en apnée inspiratoire, afin de stabiliser le torse. Ce mécanisme sert de compensation au manque de stabilisation musculaire. Il est reconnaissable par le torse bombé du bébé et aussi par sa voix, qui peut être aiguë ou criarde.

Nous voyons l'importance de la construction de l'axe corporel. Sans détailler ici le développement psychomoteur, prenons également l'exemple de la marche à quatre pattes chez les bébés, car est une étape importante de leur développement psychomoteur. Elle résume les points clés du développement qui lui sont préalables et survient généralement entre 7 et 10 mois. S'inscrivant dans la suite du développement de l'axe corporel grâce aux rotations alternatives du réflexe tonique asymétrique du cou, puis des roulades du bébé, l'acquisition de la marche à quatre pattes poursuit le travail de rotation de la colonne, indispensable à la position assise et debout. Le renforcement des muscles paravertébraux par les torsions successives impliquées permettra une posture assise qui ne soit pas en cyphose. La marche à quatre pattes permet aussi une intégration de la latéralité droite/gauche, une connexion des deux hémisphères cérébraux, la dissociation entre les ceintures scapulaire et pelvienne débutée lors des roulades, le développement de l'équilibre, ainsi que la force du tronc et des membres. Elle est aussi reliée au développement ultérieur du langage ^[19], les bébés ayant fait du quatre pattes ont moins fréquemment des retards de langage.

La construction des différents espaces

Selon H. Wallon, la découverte des différents espaces du corps est directement liée aux capacités motrices du nourrisson : « L'utilisation et même la perception de l'espace sont, comme l'a démontré W. Stern, dans la dépendance étroite du mouvement. Il y a correspondance exacte de leurs stades. Tant que l'enfant n'a de mouvements coordonnés que ceux de sa bouche et de ses lèvres, son espace reste purement buccal. Il n'accède à "l'espace proche" que dans la mesure où il devient capable de coordonner les gestes de ses mains et de ses bras, ce qui suppose une stabilité et une synergie déjà suffisante des épaules et du tronc ^[20] . »

Dans la suite des travaux de H. Wallon, A. Bullinger développe la question des différents espaces que le bébé explore successivement. Ces espaces lui permettent à leur tour de créer des espaces internes que le bébé pourra se réapproprier en les intégrant.

Le premier espace que Bullinger décrit est l'espace utérin. Comme nous l'avons précédemment évoqué, l'espace utérin est délimité par la cavité utérine qui entoure et contient le fœtus, lui assurant un environnement stable et protégé. Les variations de flux sensoriels que subit le fœtus provoquent chez lui des réflexes toniques d'extension qui seront rassemblés par la

forme de la cavité utérine, permettant la réunification du fœtus vers une position fœtale de rassemblement. Un premier dialogue tonique s'établit ainsi entre le fœtus et la paroi utérine qui lui sert de contenant et d'arrière-fond continu.

La naissance exige pour le bébé un grand nombre de réajustements, lors desquels il investira l'espace oral. L'arrivée soudaine du flux gravitaire désorganise le bébé, de même que le passage à des nouveaux rythmes, respiratoires et alimentaires, auxquels il doit s'adapter. L'investissement de l'espace oral sera une première zone de réorganisation pour le bébé. Associé avec un arrière-fond, l'espace oral permettra au bébé d'instaurer des échanges et d'explorer son environnement.

L'espace du torse est défini par A. Bullinger comme résultant de la coordination entre les espaces droit et gauche, espaces organisés par la première orientation qu'a constituée l'espace oral. La torsion entre les espaces droit et gauche contribue à l'élaboration de l'axe corporel. La constitution de cet espace du torse permet aux mains de quitter leur fonction d'agrippement pour passer à une fonction d'exploration. Ces explorations des mains vont mener à la construction de l'espace de préhension. Un ratage du développement à ce niveau mènera au clivage des espaces droit et gauche, laissant le bébé avec deux hémicorps qui ne se coordonnent pas l'un avec l'autre.

L'espace du corps se constitue ensuite grâce à l'enroulement du bassin, qui débute vers 4 mois, mais qui est véritablement

intégré ente 6 et 10 mois. L'unification se fait alors entre le haut et le bas du corps, permettant la mise en place graduelle du contrôle des sphincters. Le manque d'investissement du bassin et du bas du corps aura, selon A. Bullinger, des conséquences sur l'hyperlaxité du bassin (les enfants qui s'assoient en W) et entraînera un clivage haut-bas. Il sera alors difficile pour l'enfant d'utiliser ses jambes dans une perspective d'exploration. La marche sur la pointe des pieds et des mouvements des membres inférieurs non dissociés sont une des conséquences de ce manque d'investissement de l'espace du bassin et du bas du corps.

Une des idées principales de A. Bullinger que nous voulons souligner concerne la construction successive des différents espaces du corps, qui se donnent appui les uns les autres en se complexifiant. Ce processus de complexification par coordination des différents espaces ne se fait pas sans appui sur l'environnement : « Nous voyons ainsi que les étapes décrites précédemment, les maîtrises successives des espaces, oral, du buste, du bassin, du bas du corps, sont autant de passages nécessaires qui donnent à l'enfant les moyens d'habiter son corps en relation avec son milieu, et de prendre possession du monde. Cependant, nous constatons qu'à chaque fois ces étapes peuvent être envahies par des données qui n'appartiennent pas seulement à l'enfant ou à ses parents, mais résultent d'une articulation subtile entre les deux ^[21] . »

C'est donc la coordination entre différents éléments qui permet au développement de suivre une cascade qui se complexifie,

mais dont chaque élément distinct demeure -indispensable. C'est la principale difficulté rencontrée avec les bébés que nous recevons qui sont en retrait relationnel. Leur mécanisme de défense privilégié est de fractionner les informations qu'ils reçoivent afin d'être en mesure de les gérer, comme sur le plan sensoriel avec la notion de démantèlement apportée par D. Meltzer. Nous verrons le même principe avec les différentes pulsions, avec la notion de convergence pulsionnelle. Mais ce mécanisme de défense visant à cliver les différents espaces du corps ou les différents flux sensoriels, bien qu'il puisse être temporairement nécessaire, freine le développement des bébés. Voyons les différents termes utilisés pour décrire ce mécanisme de fractionnement, qui est au cœur des processus autistiques chez le bébé.

Le démantèlement sensoriel

Le démantèlement sensoriel, décrit par D. Meltzer ^[22], est un mécanisme de défense visant à diminuer l'intensité des stimuli quand ils dépassent la capacité d'intégration de l'enfant. Lorsque l'enfant n'a pas intégré un pare-excitant ou une contenance suffisante, il peut se trouver submergé d'informations soit dans un champ spécifique (par exemple, sensori-moteur, visuel, auditif, proprioceptif ou émotionnel), soit dans l'intégration simultanée des différents champs perceptuels. Le démantèlement calme l'intensité des

stimulations en fractionnant les différentes sensations dans un processus de déliaison. Cliniquement, la manifestation peut être, par exemple, un agrippement visuel par le regard, ou le fait de ne plus regarder pour pouvoir écouter.

Les sens alors fonctionnent de façon isolée, fractionnée, ce qui permet à l'enfant de gérer à petite échelle un sens à la fois. Mais ce fractionnement le coupe d'une sensation intégrée et globale de son corps et de la relation à autrui. D'où l'inter-relation entre la construction interne des différents espaces et la coordination de plusieurs sens simultanément. Cette coordination peine à s'intégrer compte tenu des difficultés d'organisation sensori-motrices des bébés en retrait relationnel, mais elle est toutefois essentielle : « Lorsque le visuel n'est plus investi uniquement dans un lien adhésif comme par agrippement sensoriel, il participe non seulement à l'investissement du lien mais également à une différenciation entre soi et l'autre et à la construction de la notion de profondeur de l'espace et de ses bords ^[23] . »

Cette notion de bords et de limites est indissociable de la notion d'espace. Dans sa difficulté à se construire un espace interne, le bébé en retrait relationnel ne peut pas non plus s'élancer avec aisance dans l'espace, sauf à y rechercher le contact avec une limite. L'espace de proximité, avec des objets que le bébé fait tourner très près de lui, lui évite en retour l'angoisse spatiale d'un espace inexploré. « En se réfugiant dans un espace de proximité, la complexité et la multiplicité des informations sensorielles environnantes diminuent. Pour qu'un espace soit

vécu comme confortable, il faut en évaluer les bords qui en forment les limites. En cas de saturation sensorielle, la capacité à évaluer les bords de l'espace disparaît ^[24]. » La difficulté du bébé à traiter simultanément diverses informations se manifeste sous différentes formes : par le démantèlement, comme nous venons de le voir, et aussi dans son hypersensibilité.

L'hypersensibilité

L'hypersensibilité des bébés en retrait relationnel concerne d'abord les variations de flux sensoriels auxquels ils sont soumis. Ces variations peuvent être de l'ordre de la lumière du soleil qui éblouit, le bruit du sèche-cheveux ou de l'aspirateur qui déclenche des crises de pleurs, le souffle du ventilateur qui est insupportable, la texture des grains de sable à la mer, ou le chatouillement de l'herbe d'une pelouse. Le manque de filtre (ou de « tamis », comme nous le verrons dans *l'Esquisse*) de leur système nerveux fait que tous les sons sont au même niveau, la sirène d'un camion de pompiers au loin dans la rue est entendue avec la même importance que l'échange avec l'adulte dans la pièce. Le frottement des vêtements sur la peau demeure vif sans qu'il y ait un phénomène d'habituation.

L'hypersensibilité de ces bébés concerne également les émotions de l'adulte qui s'adresse à lui. Si nous sommes

inquiets au sujet d'un bébé, nous avons systématiquement une moins bonne réponse de sa part dans l'interaction. Le bébé se coupe de la relation avec nous, pour se protéger de l'envahissement qu'il ressent par rapport à notre propre inquiétude.

« L'ensemble des réponses maternelles et leurs modalités habituelles permettent au bébé de lire la plupart des états affectifs de sa mère et de les inférer; c'est ainsi qu'il peut percevoir la douleur ou la dépression maternelle; et des réponses maternelles inhabituelles sont vite repérées et susceptibles de produire chez lui une désorganisation psychique ^[25]. » Certains bébés se retirent du lien en fixant un point au loin, quand l'intensité de l'émotion chez l'autre dépasse leur capacité d'intégration.

Comme nous l'avons maintes fois souligné, les parents ne sont en rien la cause des difficultés du bébé à intégrer les différentes informations qu'il reçoit. La mal-organisation de son équipement sensori-moteur entrave sa capacité à gérer différentes informations sensorielles simultanément. Le fait de couper un lien est donc une façon de se préserver et même, d'une certaine manière, de préserver une relation en évitant d'être trop désorganisé ou submergé par une intensité émotionnelle trop forte, trop d'informations à intégrer: « L'autisme se met en place comme une défense pour sauvegarder le lien, malgré les comportements autistiques qui tendent à manifester le contraire ^[26]. »

Coconstruction de l'espace interne et de l'espace de relation

La description des différents espaces du corps selon A. Bullinger trouve un écho dans la description que fait Alain Berthoz des différents espaces de relation. Chantal Lheureux- Davidse s'est aussi intéressée de près au lien que nous pouvons établir entre la construction de l'espace interne et celle de l'espace de relation, chez les personnes autistes qui passent difficilement d'un espace à un autre. Le passage d'un espace à un autre semble évident pour les personnes normo-typiques. Chez la personne avec autisme, l'accompagnement d'un thérapeute par la narrativité peut lui permettre d'établir des ponts par le langage entre ces différents espaces.

Alain Berthoz ^[27] a décrit différents espaces visuels. Le premier espace d'exploration, à 10 cm des yeux, permet l'exploration par la vision fovéale dans ce qu'il a appelé « l'espace corporel » dont les bords sont à 10 cm. C'est l'espace qui est le plus facilement investi par les bébés, particulièrement ceux en retrait relationnel. Ils peuvent habiter cet espace en y secouant des jouets ou en les faisant tourner. L'exploration du corps propre, surtout des mains, y est également favorisée. Ce n'est pas à proprement parler un espace de relation, mais ça peut le devenir si l'expérience est partagée dans une attention conjointe et dans un plaisir commun.

Le deuxième espace correspond aux explorations de l'espace de 10 cm à 70 cm, c'est l'espace de préhension. Cet espace est moins collé au corps du bébé et permet des échanges dans le périmètre à portée de main du bébé. C'est l'espace de l'échange de jouets sans que le déplacement du corps soit requis. C'est un espace particulièrement favorable aux échanges et à la relation.

Le troisième espace se construit à partir des explorations avec la marche et se situe de 70 cm jusqu'aux murs, aux portes et aux fenêtres. A. Berthoz l'a appelé « l'espace de locomotion ». Pour un bébé, cette locomotion peut aussi se faire à quatre pattes. C'est un espace qui peut être une fuite de la relation, spécialement chez les bébés qui n'ont pas complètement inclus l'autre dans leur fonctionnement psychique. Le déplacement de leur corps peut rendre plus difficile l'échange de regards et d'objets. C'est l'espace que l'enfant autiste vérifie en passant d'un mur à l'autre en entrant dans une pièce afin d'en délimiter les bords.

Enfin, le dernier espace est l'espace lointain, au-delà des fenêtres. C'est un espace d'ouverture mais aussi de fuite, par le regard. Le bord en n'est perceptible que visuellement. C'est un espace qui peut être source d'angoisses car difficile à délimiter. Mais il permet aussi de s'extraire d'une situation angoissante en fuyant vers l'horizon.

« La narrativité participe à la mise en représentation d'angoisses spatiales et des vertiges qui concernent des zones de l'espace non investies et propose des expériences conjointes

pour passer de façon plus flexible d'une focale à une autre. Alain Berthoz^[28] dans ses travaux de recherche nous fait remarquer que les quatre référentiels spatiaux que nous traversons avec aisance, quand nous ne sommes pas autistes, sont traités par quatre zones indépendantes dans le cerveau. Le passage d'un référentiel spatial à un autre dans une certaine flexibilité nécessite une connectivité en réseau. C'est justement cette mise en réseau entre des connections locales qui se fait difficilement pour une personne autiste^[29]. »

La communication fluide entre les différents espaces est encore plus laborieuse quand la construction de ces espaces n'est pas parachevée. Nous voyons à nouveau l'analogie entre le développement des différents espaces internes du corps du bébé et son environnement. Nous voyons également qu'à la fois les espaces internes et externes ne se coconstruisent qu'au sein d'une relation.

Le schéma d'extension

Tout comme le développement psychomoteur et les différents espaces du corps, le schéma d'extension est la résultante d'une interaction entre le bébé et son environnement. Résumons d'abord cette notion de schéma d'extension avant d'aborder sa dialectique avec la notion de contenance.

Chez le bébé qui va bien, même déjà chez le fœtus, son corps bouge en alternance entre les mouvements d'extension et de rassemblement en flexion.

Sous forme réflexe, le schéma d'extension est typiquement illustré par le réflexe tonique d'extension, qui est une réponse du bébé à une stimulation. Par exemple chez les prématurés, c'est la seule réponse réflexe possible d'un bébé qui n'est pas encore mature sur le plan neurologique. Le réflexe tonique d'extension marque alors la désorganisation du bébé causée par les bruits et les variations de flux sensoriels (odeur, lumière, douleur, etc)

Le réflexe tonique d'extension est également présent dans les cas de neurotoxicité de la bilirubine, avec dans les cas graves la présence d'un épisthotonos (*epistho* : « vers l'arrière », *tonos* : « tonus » ; donc tension vers l'arrière), selon des manifestations variables en intensité.

Une augmentation du tonus en extension (nous le verrons dans la 3^e partie) est aussi associée à de la douleur et à la décharge motrice, comme dans le cas d'un RGO. Le schéma d'extension est systématique dans les cas de compression crânienne et de plagiocéphalie.

L'équilibre entre la flexion et l'extension dépend de facteurs intrinsèques au bébé (son tonus, sa construction corporelle) et des facteurs liés à son environnement (la contenance physique et psychique, tel que nous le verrons dans la deuxième partie). C'est une question d'équilibre. Quand les facteurs de

contenance prédominant, l'enfant arrive à s'enrouler. Quand des facteurs intrinsèques à son corps favorisant l'extension sont trop importants, même une bonne contenance parentale ne parvient pas à réenrouler un bébé en flexion.

Il y a un certain nombre de situations périnatales qui favorisent soit un réflexe tonique d'extension (donc très court), soit une hypertonie en extension (déjà un peu plus installée dans le tonus de base). Le schéma d'extension décrit l'installation de ce déséquilibre dans la gestuelle du bébé vers le mouvement d'extension. La prédominance de l'extension empêche le bébé de se rassembler et, ainsi, de poursuivre harmonieusement son développement psychomoteur.

Un bébé peut se désorganiser dans un schéma d'extension s'il est en colère ou si sa mère sort de la pièce, tout comme il peut se rassembler si celle-ci revient près de lui. C'est un processus réversible et souple. Le schéma d'extension devient problématique quand il instaure une désorganisation chez un bébé qui alors n'arrive plus à se rassembler en enroulement, ou s'il n'y arrive pas suffisamment pour poursuivre son développement psychomoteur, ou pour permettre des échanges de corps-à-corps accordés dans les bras de l'adulte.

De nombreuses particularités du développement psychomoteur des bébés devenus autistes ont été relevées, qu'il s'agisse d'hypotonie, d'asymétrie droite/gauche, d'hypertonie axiale avec ou sans hyperlaxité périphérique. Les signes cliniques habituels sont bien reconnus : l'absence de quatre pattes, la

position assise avec les membres inférieurs en W, la marche sur la pointe des pieds.

Le schéma d'extension perturbe l'organisation du corps du bébé, en commençant par l'organisation autour de la bouche, en rendant difficile le fait de ramener les mains à la bouche. Il empêche également l'enroulement du bassin, qui est essentiel aux roulades et au développement de la marche à quatre pattes. Les bébés qui se développent avec une hypertonie en extension marchent typiquement sur la pointe des pieds.

Ce schéma d'extension a également des conséquences relationnelles, puisqu'il disqualifie le portage en empêchant un dialogue harmonieux entre le corps du bébé et celui de son parent. Un bébé en extension ne peut pas se lover dans les bras de celui qui le porte.

Nous verrons dans la deuxième partie en quoi le schéma d'extension fait également obstacle à l'émergence du circuit pulsionnel entre le bébé et l'autre.

L'effet de représentation du schéma d'extension

Se faire l'adresse d'un geste du bébé peut contribuer à rendre ce geste intentionnel, à subjectiver le bébé, à aider le bébé à se

représenter ce qu'il fait, qu'il en devienne l'auteur. Selon Chantal Lheureux-Davidse, les réflexes archaïques, quand ils ne sont pas inhibés par la motricité volontaire, se répètent jusqu'à ce qu'ils puissent être représentés psychiquement. Le thérapeute, en nommant ce qu'il perçoit de l'enfant, peut aider l'enfant à se représenter psychiquement ce qu'il est en train de faire. Une action représentée psychiquement peut s'inscrire et n'a plus besoin d'être répétée inlassablement.

Nous nous appuyons sur une lettre ^[30] de Freud à Fliess pour argumenter notre propos. Dans cette lettre, Freud développe l'idée du passage de la perception au signe de perception, ce que nous traduisons par le passage de la *sensation* à la *perception*. Une sensation nommée devient une perception, elle est alors identifiée par le sujet qui la ressent. Lacan dira que ce passage de la perception au signe de perception constitue l'émergence d'un premier signifiant ^[31]. Cette articulation entre la sensation interne du bébé et les signifiants que lui propose l'Autre ne sera possible que si le bébé s'y identifie. C'est ce qu'illustre la vignette clinique suivante.

Paolo, un petit garçon sur une pente autistique ^[32], avait exactement 6 mois au moment de cette scène. Il est assis sur les genoux de sa maman, face à sa psychanalyste, alors que j'étais derrière la caméra pour filmer la séance. À un moment, il proteste et se cambre en extension. Assise en face de lui, j'ai eu l'idée de l'imiter dans son mouvement d'extension, en m'inclinant parallèlement à lui, avec la tête près du sol comme il le faisait, tout en continuant à le regarder pour voir sa

réaction. Après quelques extensions, il m'a regardée et il a commencé à comprendre que je l'imitais. L'imitation a alors fait office de narration gestuelle. Il a continué à se jeter en extension, mais plus doucement et en vérifiant que je suivais bien son mouvement. Puis il a ébauché même un sourire entre deux, tout en continuant son jeu.

Il fera ainsi sept mouvements d'extension en me regardant au départ et à l'arrivée, sous le mamanaïs chantant de sa psychanalyste qui commentait la scène : « Mais qu'est-ce que tu fais comme charme ? Tu racontes comment tu fais ? Ah ouais, tu es un coquin, je vois, tu fais des jeux avec Annik, tu es un coquin, je sais que tu sais faire des jeux ^[33] ! » Le rire de l'analyste, très chantant, et ses paroles qui attestaient ce que vivait Paolo l'ont aidé à se représenter ce qu'il était en train de faire en imitation avec moi. Et surtout, la prosodie chantante de sa voix accentuait sa joie et son émerveillement.

Ainsi, son schéma d'extension très déstabilisant a été récupéré. La sensation d'exister nécessite la présence d'un autre qui atteste ce que l'enfant vit. Dans cette illustration de -co-modalité sensorielle par la vue (imitation) et l'ouïe (la narration simultanée par la psychanalyste), Paolo a pu prendre conscience de ce qu'il faisait et se le représenter psychiquement. Deux sens doivent être impliqués simultanément pour qu'un ressenti puisse être représenté. Ainsi, il n'a plus eu besoin de refaire le geste puisqu'il se l'était représenté.

Après sept répétitions du même mouvement, il a ralenti, puis s'est assis, regroupé avec sa tétine et ses pieds, en continuant à nous regarder à tour de rôle, moi et sa psychanalyste. Il était de nouveau présent dans le lien. « L'imitation a un effet identifiant, car elle aide l'enfant à se représenter ce qu'il vit dans les mouvements ou les postures de son corps ^[34]. » Dans cet exemple, Paolo a bénéficié d'une imitation gestuelle et d'une verbalisation pour l'aider à se représenter la situation.

C'est également en raison de sa prise de conscience que nous étions en train de l'imiter qu'il a de lui-même plongé son regard vers nous, et même en souriant. Cette expérience de regards échangés spontanément sans que nous l'appelions ni ne cherchions autrement à attirer son attention, s'inscrit plus durablement pour Paolo ; il en a l'initiative, cela ne lui est pas imposé.

La joie provenant du jeu, ou du fait d'être dans la perception de son propre corps, a déclenché chez Paolo un regard spontané et une joie partagée. « C'est alors une expérience intense de partage émotionnel dans le regard, qui est structurante tant pour reconstruire le sentiment d'exister que pour construire ou consolider l'image du corps ^[35]. »

Afin de garder présente cette possibilité de transformer un réflexe tonique en mouvement volontaire, nous proposons d'utiliser l'expression *schéma d'extension* pour décrire le mouvement de l'enfant qui se cambre en extension. Se cambrer en extension s'effectue sur la base d'un réflexe tonique sans en

être exclusivement un. Un schéma, d'après le *Larousse*, est un système, un processus selon lequel un phénomène se produit. Continuons notre exploration autour de ce schéma d'extension, en quittant le corps du bébé pour diriger notre regard vers la contenance parentale.

Notes du chapitre

[1] ↑ Nous remercions Marika Bergès-Bounes pour ses précisions dans ce chapitre.

[2] ↑ J.-L. Revardel, « Tonus de communication affective ou communication affective tonique », dans *Haptonomie et psychothérapie*, Paris, Puf, 2014, coll. « Hors collection », p. 123-145.

[3] ↑ H. Wallon, « Le rôle de l'autre dans la conscience du moi », *Enfance*, vol. 12, n° 3, 1959, p. 277-286.

[4] ↑ Ibid., p. 121

[5] ↑ Ibid., p. 129.

[6] ↑ H. Wallon, *L'enfant turbulent : étude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*, Paris, Puf, 1984, p. XI.

[7] ↑ Nous soulignons.

[8] ↑ H. Wallon, « Le rôle de l'autre dans la conscience du moi », *op. cit.*

[9] ↑ Nous soulignons.

[10] ↑ H. Wallon, « Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant », *Enfance*, vol. 9, n° 2, 1956, p. 1-4.

[11] ↑ M. Auzias, « Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon », *Enfance*, vol. 46, n° 1, 1993, p. 93-99.

[12] ↑ A. Berthoz, « Hommage à Ajuriaguerra » (1993), www.collègedefrance.fr

- [13] ↑ J. Ajuriaguerra, A. Thomas, *L'axe corporel, musculature et innervation, étude anatomique, physiologique et pathologique*, Paris, Masson, 1958.
- [14] ↑ A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, t. 1, *Un parcours de recherche*, Toulouse, érès, 2013, p. 24.
- [15] ↑ *Ibid.*, p. 138.
- [16] ↑ *Ibid.*, p. 186.
- [17] ↑ *Ibid.*, p. 103.
- [18] ↑ *Ibid.*, p. 102.
- [19] ↑ J.M. Iverson, « Developing language in a developing body: The relationship between motor development and language development », *Journal of Child Language*, vol. 37, n° 2, mars 2010, p. 229-261.
- [20] ↑ H. Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, Puf, 1930.
- [21] ↑ A. Bullinger, P. Delion, « Éditorial », *Contraste*, n° 28-29, 2008, p. 5-16.
- [22] ↑ D. Meltzer, et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot & Rivages, 2002.
- [23] ↑ C. Lheureux-Davidse, « Entendre pour regarder dans la clinique de l'autisme. D'où vient la voix qui me fait exister ? », dans *La voix aveugle, voix/psychanalyse*, Paris, Solilang, coll. « Solipsy », 2012, p. 78-94.
- [24] ↑ C. Lheureux-Davidse, « Angoisses spatiales et création de l'espace dans la clinique de l'autisme », *Le Coq-Héron*, n° 235, 2018, p. 50-60.
- [25] ↑ H. Bentata, « Accorps perdus... », dans M. Bergès-Bounes (sous la direction de), *Le corps, porte-parole de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique », 2011, p. 150.
- [26] ↑ C. Lheureux-Davidse C, *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre. Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 14.
- [27] ↑ A. Berthoz, « L'échange par le regard », *Enfances&PSY*, n° 41, 2008, p. 33-49.
- [28] ↑ A. Berthoz, A.-C. Bachoud-Lévi, *L'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2004.

[29] ↑ C. Lheureux-Davidse, « Autisme, rencontre et narrativité », 2015, www.psynem.org

[30] ↑ S. Freud, *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1973, coll. « Bibliothèque de psychanalyse » (anciennement lettre 52, du 6 décembre 1896).

[31] ↑ A. Beaulieu, « La possibilité d'inscription du signifiant peut-elle être liée à la texture du corps du bébé ? », *Journal français de psychiatrie*, vol. 46, n° 2, 2017, p. 149-152.

[32] ↑ Pour une description détaillée de ce cas, cf. A. Beaulieu, C. -Lheureux-Davidse, « Hyperbilirubinémie modérée », *Research in Psychoanalysis*, n° 26, 2018, p. 142a-153a.

[33] ↑ J'ai filmé cette scène lors de l'heureuse période où j'étais stagiaire de Marie-Christine Laznik.

[34] ↑ C. Lheureux-Davidse, « Regard, traitement de l'espace et particularités de la pensée des personnes autistes », dans M.-D. Amy (sous la direction de), *Autismes et psychanalyse. Évolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, érès, 2014, p. 154.

[35] ↑ *Ibid.*, p. 155.

II - Du côté de l'autre

7. La contenance

La contenance parentale en lien avec le schéma d'extension

« Chacun se croit seul en enfer, et c'est cela l'enfer. »

René Girard

Nous avons vu dans la première partie que le développement du corps du bébé ne se coconstruit qu'au sein d'une relation, et avons détaillé les difficultés d'organisation corporelle du bébé qui viennent brouiller la communication avec l'autre et favoriser chez lui un schéma d'extension. En réponse au schéma d'extension se trouve la contenance, d'abord physique (grâce à l'utérus puis au portage par l'autre), mais très tôt aussi, dans un continuum, une contenance psychique se met en place. Quelles seraient les conditions favorables à ce qu'une contenance se coconstruise ^[1], et qu'ainsi le bébé puisse *s'identifier* à l'autre ?

Nous pensons, avec Daniel Meltzer, que les principaux facteurs qui mènent à un autisme se situent du côté du bébé. Ce n'est que secondairement que ces éléments viennent déstabiliser la dyade parent-enfant : « Nous inclinons à penser que l'action du

groupe de facteurs qui œuvre pour produire l'état autistique proprement dit appartient beaucoup plus intrinsèquement à l'enfant et n'est que modifié par une "faille" de l'environnement ^[2]. »

Cela étant clairement posé, nous pouvons voir l'inter-relation qui se joue entre le schéma d'extension déclenché chez le bébé et l'effet de rassemblement que peut lui apporter son parent pour l'aider à se rassembler. Pour bien situer notre propos sur cette relation entre la contenance et le schéma d'extension, voyons l'évolution du concept de contenance et ses différentes facettes, selon les points de vue complémentaires des auteurs qui s'y sont intéressés.

Comme le souligne Bernard Golse, la vie est « la résultante d'une dialectique constructive et dynamique entre contenant et contenu ^[3] ». Le fœtus est contenu physiquement par l'utérus maternel. La contenance psychique dont il bénéficie existe, bien sûr, car le bébé est rêvé présent dans la relation par le sensoriel, que favorise l'haptonomie. L'échographie, en permettant d'outrepasser l'absence de contact visuel, contribue à humaniser le fœtus en lui attribuant des intentions : « Car finalement, la vie psychique du fœtus dépend [...] de la possibilité qu'on a ou pas d'interpréter les éprouvés sensitivo-sensoriels archaïques de celui-ci ^[4]. » C'est ainsi que les parties non nées du fœtus, selon B. Golse, sont les parties « qui n'ont pu être contenues par aucun psychisme ».

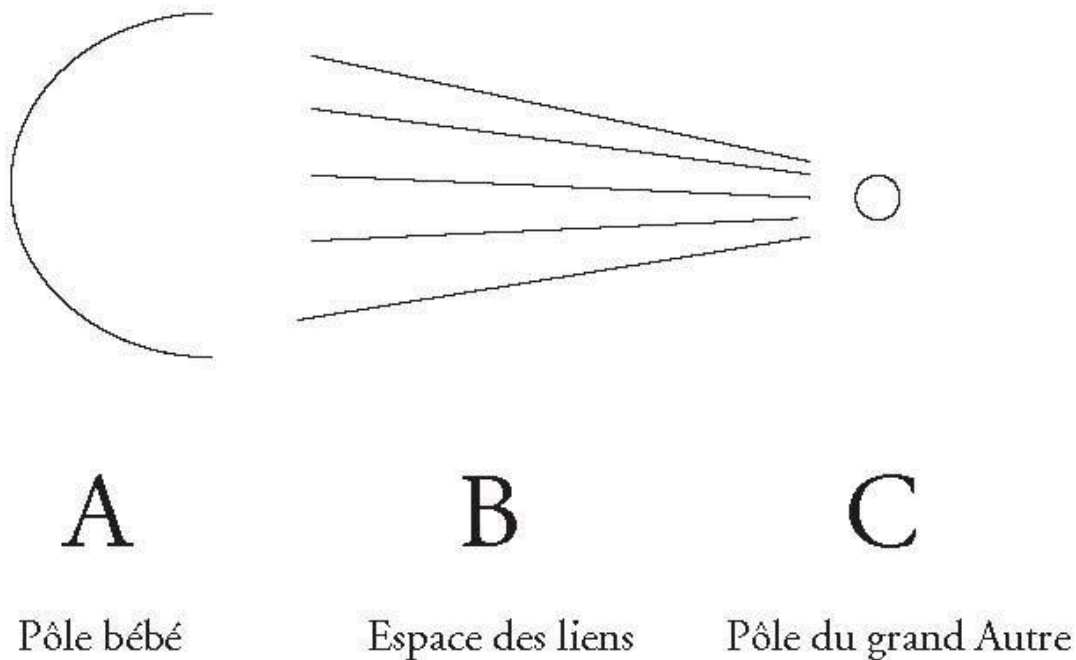
La contenance psychique des parents à la naissance prend le relais sur la contenance physique que la mère a offerte au fœtus pendant la grossesse, bien que les deux soient toujours inter-reliées. Winnicott a bien décrit la contenance postnaissance par les termes de *holding* et d'une certaine mesure *handling*, pour les soins apportés au bébé.

C'est le passage d'un type de contenance à l'autre qui crée le principal effet de césure chez le nourrisson : « Du point de vue du fonctionnement psychique, S. Freud a sans doute raison de penser qu'il y a une nécessaire continuité entre la vie fœtale et la vie extramaternelle. Dès lors, si césure il y a, celle-ci se situe davantage au niveau de la contenance de la part des adultes. ^[5] »

Bernard Golse conclut sa réflexion sur la difficulté spécifiquement liée « au cœur des problématiques autistiques ou psychotiques précoces, c'est-à-dire qui renvoie au vécu de turbulences chaotiques, sensibles et sensorielles en quête d'une introuvable contenance ^[6] ». Avant d'aborder les questions de contenance par le biais de la relance du lien pulsionnel, voyons comment nous pouvons articuler les différentes conceptions de l'idée même de contenance.

En résumant les différentes formes prises par le concept de contenance, nous trouvons un schéma qui peut être représenté à peu près comme cela :

Fig. 8. La contenance, les structures radiaires et le point pivot central organisateur.



A: Pôle bébé, représente l'ensemble des théories dans lesquelles l'idée de contenance est liée à ce qui entoure directement le bébé: le *holding* selon Winnicott, le portage selon Bullinger, la substantialisation de l'enveloppe des postkleiniens, le Moi-Peau d'Anzieu, les enveloppes sonores de Suzanne Maiello.

B: Espace des liens qui se tissent entre le Pôle bébé en A et le Pôle mère en C, illustre le concept de structure radiaire de contenance apporté par Geneviève Haag, fait d'allers-retours entre le bébé et sa mère, plus particulièrement entre le dos du bébé et l'arrière de la tête de la mère pour que s'établisse un regard entre eux; ou encore par l'intermédiaire de la main du bébé, entre le sein de sa mère, sa propre bouche, la bouche de

la mère, sa peau, avec toujours cette idée d'allers-retours constitués par une succession de boucles qui tissent un lien, qui tissent une forme contenant et un lien entre le bébé et sa mère.

C : Pôle du grand Autre, illustré par un point vide, d'immobilité, sur lequel on peut projeter un certain nombre d'affects et de représentations, qui peut être occupé tantôt par l'un tantôt par l'autre, mais qui fonctionne par le fait même d'être un point, témoin de l'existence, et ainsi agit comme pivot organisateur. C'est la fonction du grand Autre, de *das Ding*, c'est la place occupée par l'objet au sens de *Nebenmesch*, du Xing, du cœur-conscience des taoïstes. C'est une fonction organisatrice, chef d'orchestre, qui donne une orientation au désordre mais sans être agissante par elle-même. Les forces agissantes viennent du pôle pulsionnel, du ça ; mais ce point central, sans être agissant autrement que par le fait même d'exister, se trouve être le point de coordination des forces en jeu qui, autrement, resteraient chaotiques et désordonnées.

Le corps désorganisé du bébé s'organise intentionnellement vers l'autre, supporté par une certaine forme de contenance à travers une structure radiaire, vers son point pivot organisateur qu'est l'autre. Cette conception de l'autre rejoint celle de Didier Houzel : « L'objet contenant n'est pas un récipient mais un attracteur, il attire la vie pulsionnelle du bébé ^[7]. »

Cette organisation s'établit d'emblée chez le nourrisson tout-venant qui va bien, dans un va-et-vient permettant au bébé de passer par des moments de désorganisation puis se réorganisant alternativement de façon souple. Chez le bébé en retrait relationnel, cette organisation a besoin d'être soutenue, depuis l'enroulement du bébé dans une contenance qui lui permette un élan pulsionnel vers l'autre, afin d'en susciter la jouissance et l'émerveillement.

C'est ce qui nous fait dire que l'autisme est fondamentalement un trouble neurodéveloppemental du bébé, mais pour lequel la solution est relationnelle ; plus précisément pulsionnelle, ce qui implique un niveau de relation qui entraîne tout le corps du bébé dans un élan vers l'autre, à condition de parvenir à soulager le bébé de ses douleurs pour rendre son niveau d'excitation supportable. Une fois le bébé enroulé et rassemblé dans une certaine forme de contenance, il pourra activement relancer un lien pulsionnel vers l'autre et en faire ainsi un pôle organisateur intégré à son psychisme.

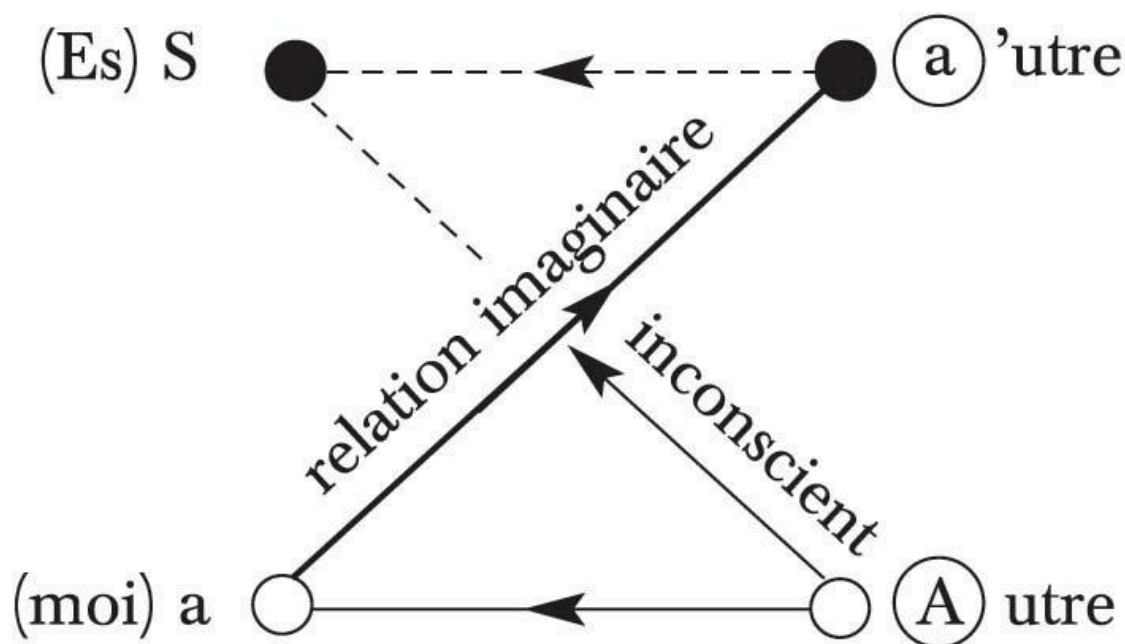
Le grand Autre

Pourquoi utiliser la notion de « grand Autre », plutôt que dire simplement « parent » ? Parce qu'il s'agit ici d'une fonction, dont la place peut être utilisée alternativement par les parents, un thérapeute temporairement ou par une éducatrice à la crèche.

Le grand Autre représente une fonction, trésor des signifiants, au sens où il contient tous les signifiants auxquels le bébé s'identifiera pour accéder au langage. C'est la place par rapport à laquelle le bébé peut se manifester en tant que sujet. Donc nous préférons garder ce terme de grand Autre, pour le distinguer du petit autre, le semblable.

Pour illustrer cette distinction, voyons le schéma L de Lacan, tel qu'il l'a présenté dans son séminaire *Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*.

Fig. 9. Le schéma L ^[8].



L'axe a-a' correspond à la relation imaginaire où l'un est interchangeable avec l'autre, lieu des projections imaginaires mutuelles et inévitables.

L'axe Sujet-Autre est celui de la relation psychanalytique, où l'analyste maintient une place de grand Autre afin de permettre au patient-sujet d'advenir. Se maintenir dans une place de grand Autre signifie savoir qu'on occupe une fonction, distinguer la personne que l'on est et la fonction que l'on occupe. C'est la place de l'analyste qui accueille les projections imaginaires que le patient déploie, grâce au transfert, sans les faire siennes.

Il y aura toujours une part d'identification imaginaire dans la relation analytique, qui est aussi utile au bon fonctionnement de son rouage, et peut-être surtout avec des patients dont l'instance du Moi n'a pas pu se construire, comme chez les patients autistes adultes, par exemple. Avec un bébé qui, avant 6 mois, n'a pas acquis le stade du miroir et dont l'instance du Moi est en train de s'élaborer, la place de grand Autre est celle qui lui permet de potentialiser son avènement en place de Sujet.

Avec un bébé, la place de grand Autre est la place de celui qui s'émerveille, qui capte au vol ce que présente le bébé pour que cela devienne un geste intentionnel, en le nommant. C'est le fait de nommer les petits mouvements des mains – « Ah, tu fais les marionnettes ! » – qui amène le bébé à les reprendre avec la chanson. Les gestes simples et répétitifs du bébé, gestes qu'il ne se représente pas lui-même, deviennent des trouvailles dans les yeux de l'Autre, par le fait même que celui-ci peut s'en émerveiller. C'est l'adulte dans sa place d'Autre qui permet au bébé-sujet d'advenir, en s'émerveillant des trouvailles du bébé,

en en faisant des gestes intentionnels. C'est grâce à l'Autre que la motricité désorganisée et incohérente du bébé devient intentionnelle et dirigée. Ce processus se fait naturellement chez un bébé qui va bien, qui se construit sous le regard de l'Autre, dont il cherche à décrocher la jouissance et à susciter l'émerveillement.

Le bébé en retrait relationnel nous enseigne précisément cette articulation : il est difficile pour un parent d'occuper la fonction de grand Autre et de s'émerveiller devant la motricité désorganisée et inharmonieuse du bébé. C'est précisément à cette articulation que se fait le travail de psychothérapie psychanalytique. C'est ce qui doit être soutenu : un parent qui s'émerveille et qui voit au-delà de ce que présente le bébé ; et un bébé qui cherche à émerveiller son parent, en décrochant sa jouissance.

À condition que cette jouissance soit barrée, c'est-à-dire que l'Autre ne se présente pas comme une totalité pour le bébé. L'Autre, en tant que fonction incarnée par la mère, est par définition manquant, mère marquée par le désir vers le père, que le bébé ne vient pas combler dans son entièreté. L'Autre est manquant aussi du fait de ne pas comprendre entièrement le bébé, de faire des hypothèses à son sujet qui seront toujours un peu à côté, « il y manque quelque chose et notamment toutes les hypothèses qu'elle n'aurait pas faites, qu'elle aurait pu faire, et qu'elle ne saurait faire, car elle n'est pas le grand Autre ^[9] ». Ainsi, le parent dans sa fonction maternelle, sans occuper

totallement la place de grand Autre, tiendra cette fonction de centre pivot organisateur de la motricité du bébé.

Le grand Autre et la lalangue

Nous avons évoqué l'importance du mamanaïs lequel, par sa prosodie chantante caractéristique, réussit à capter le regard et l'attention du bébé, même de celui qui deviendra autiste (tel qu'on l'observe dans les films familiaux). Ce que Lacan a appelé la lalangue est un langage également lié au nourrisson, mais dont la caractéristique se situe davantage du côté de l'inconscient et du corps de la mère. « Lalangue organise ce qui va constituer le sujet : le langage prenant sa source dans le maternel, avec son lot d'équivoques et de jouissances ^[10] . »

Lalangue, ce « langage enraciné dans le maternel », dont les racines baignent dans le corps et l'inconscient, va teinter le discours du sujet par « certaines structures syntaxiques, certaines sonorités privilégiées, certaines tournures - incontournables comme obligatoires, certains symptômes, certains lapsus, certaines associations qui reviennent en boucle comme des réflexes conditionnés, s'invitant toujours à la fin des mêmes détours, dans des retrouvailles avec des rythmes, des sons, des mots, des accents, des odeurs ^[11] ». Première langue du sujet, elle laisse sa trace, souvenir d'une jouissance liée à la mère et au corps, que les lois du langage viendront séparer.

C'est cette lalangue que la mère utilise, par exemple, lors de soins au bébé. C'est aussi la langue des comptines et des jeux corporels. Lalangue est d'emblée nouée au corps du bébé, se trouvant ainsi plus près du réel du corps que du symbolique : « L'enfant reçoit lalangue, la première qu'il entend lors des premiers échanges corporels. Elle est en jeu dans la relation avant que le langage ne soit structuré par la syntaxe ^[12]. »

Dans *Télévision* (1973), Lacan évoque l'arrimage de l'inconscient avec le corps : « Le sujet de l'inconscient ne touche à l'âme que par le corps ^[13]. » Et plus loin : « Freud fait le postulat du signifiant dans la lettre 52 ^[14]. » Quand, à partir d'une sensation interne (faim ou douleur, par exemple), le bébé s'identifie à un signifiant qui lui est proposé, il se trouve ainsi à nouer le langage à son propre corps. Dans la lettre 52 de Freud (du 6 décembre 1896, dans ses lettres à Fliess), il est question de la perception (la sensation) et du signe de perception (la perception). C'est le passage de la sensation à la perception, c'est-à-dire le fait de pouvoir identifier une sensation en la reconnaissant et en lui associant un signifiant, que Lacan désigne comme « l'émergence d'un premier signifiant ».

Lalangue est plus proche de cette inscription du signifiant sur le corps (ou sur son autre versant, de l'émergence d'un premier signifiant ^[15]) que des lois qui régissent le langage : « En somme, l'enfant, dans ses jeux, continue à jouir de lalangue, du langage pris dans la motricité, la posture, les modulations de la voix, en parallèle ou à la place de la langue maternelle et de ses lois implacables ^[16]. »

Das Ding

Nous verrons dans le chapitre sur l'*Esquisse* de Freud, telle que relue par Lacan dans son séminaire *L'éthique*, le rôle central de *das Ding* comme point pivot organisateur du nourrisson.

Dans la leçon du 16 décembre 1959, Lacan souligne l'importance de *das Ding* et de l'inscription psychique de l'expérience de satisfaction comme organisatrice du monde perceptuel du bébé: «Et s'il n'y a pas quelque chose qu'il hallucine en tant que système de référence, aucun monde de la perception n'arrive à s'ordonner, à se constituer d'une façon humaine. Ce monde de la perception nous étant donné comme corrélatif, comme dépendant de cette hallucination fondamentale sans laquelle il n'y aurait aucune attention disponible ^[17].» Cette hallucination fondamentale s'est constituée grâce à l'expérience de satisfaction.

À partir du texte de l'*Esquisse*, Lacan souligne les traits que Freud a délimités quant à l'importance centrale de *das Ding* pour l'organisation de la structure psychique. *Das Ding* est véritablement l'épicentre à partir duquel s'organise tout le système sensori-moteur du nourrisson: «J'ai essayé de vous montrer la fonction pivot que nous devons donner à quelque chose qui se rencontre au détour du texte – un détour qu'il convient simplement de ne pas manquer, et d'autant moins que Freud le reprend toujours, sous diverses formes, jusqu'à la fin. Il s'agit de *das Ding* ^[18].»

Grâce à cette première expérience de satisfaction, *das Ding* trouve une inscription psychique chez le bébé. C'est à partir de cette première inscription que le bébé s'organise et c'est vers laquelle il tend. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance du pôle organisateur qu'est *das Ding* à l'égard de la motricité désorganisée initiale du bébé et du magma de sensations chaotiques dans lequel il baigne. « C'est autour de ce *das Ding* que pivote tout ce progrès adaptation (le fonctionnement de l'appareil neuronique), si particulier chez l'homme pour autant que le processus symbolique s'y montre inextricablement tramé ^[19]. »

Précisons que la notion de *das Ding*, qui textuellement signifie *la chose*, comporte sa part de mystère. *Das Ding* est ce qui ne peut être symbolisé du premier objet de satisfaction, ce qui ne peut être attrapé par un signifiant, c'est-à-dire nommé, connu, découpé du réel. *Das Ding* serait le reste, cette part de l'Autre qui demeure perdue à jamais et inconnue : « On ne peut nier *das Ding*, pourtant personne ne l'a jamais vue, et personne ne l'a saisie. Elle n'entre pas plus dans le circuit de l'échange que dans celui de la pensée. [...] elle est ce qui reste rebelle au symbolique une fois l'opération de symbolisation effectuée, c'est en quelque sorte une exigence de la structure. *Das Ding*, c'est donc toujours autre chose que les choses du monde, on ne peut déduire sa présence qu'à partir de ses effets ^[20]. » Voyons maintenant quelle forme prend cet objet de satisfaction lorsqu'il est incarné par le parent, l'autre secourable, celui qui est tout à côté du bébé pour apaiser les excitations du nourrisson : le *Nebenmensch*.

Le *Nebenmensch*

Le *Nebenmensch*, tel que Freud le décrit dans l'*Esquisse*, est le proche tout à côté, le prochain secourable, qui vient répondre à la détresse originaire du nourrisson et l'apaiser, par une action spécifique. Ce terme est important : cette action est *spécifique* et vient répondre à un besoin particulier. Nous précisons cette distinction : le *Nebenmensch* est la personne en chair et en os qui s'occupe du bébé, tandis que l'Autre est la fonction qu'il occupe par rapport au bébé.

Cette réponse aux besoins du nourrisson, lors de l'allaitement par exemple, constitue une première expérience de satisfaction. Le *Nebenmensch* apaise la détresse du nourrisson face à la faim qui le tenaille et menace sa survie. Mais cette première expérience de satisfaction laisse également une trace secondaire, trace involontaire mais créée par le contact même avec le bébé, trace qui le poussera à rechercher de nouveau cette même satisfaction. Le *Nebenmensch* introduit ainsi la dimension pulsionnelle d'un côté, mais aussi, paradoxalement, il est celui qui permet à l'enfant de s'apaiser face à ses propres pulsions.

« Le *Nebenmensch* ne se réduit pas à un simple agent de la satisfaction ni à la “chose” (*das Ding*). Freud prend un soin extrême à ne pas identifier, superposer, confondre 1) la mère 2) l’“objet souhaité” et 3) l'être-humain-proche ^[21]. » Le *Nebenmensch*, selon Freud, est bien plus qu'un simple objet de

satisfaction, tel que le serait le sein. Le *Nebenmensch* est représenté par la mère aimante, avec son sein bien sûr, mais il sous-entend déjà une certaine forme de séparation grâce au père et à sa fonction tierce.

Fonction alpha (Bion) et rôle de la mère

Comment cet autre précédemment décrit peut-il occuper une fonction de contenance pour le nourrisson ? Contenir, c'est au-delà bien sûr de la contenance physique ; c'est aussi contenir psychiquement, c'est-à-dire contenir les éléments de la vie psychique du bébé qui ne sont pas directement assimilables par lui en l'état, qui ont besoin d'être portés par son parent. Autrement dit, ça signifie les symboliser, les transformer, les rendre digestes pour son bébé. C'est une façon de protéger le bébé contre la désorganisation, en lui évitant les excès d'excitations, en lui donnant uniquement ce qu'il peut assimiler.

Le concept de contenance psychique a évolué depuis Bion, avec Esther Bick et son concept d'intériorisation de l'objet contenant, puis celui du Moi-Peau de Anzieu. « On peut résumer la manière dont se constitue l'enveloppe psychique ou le contenant en disant que *l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet* ^[22]. »

L'effet de contenance psychique *a été* élaboré par Bion à l'aide de la fonction *alpha*. La contenance psychique permet à la mère d'absorber les éléments *beta* qui ne sont pas directement métabolisables par le nourrisson, pour ainsi le soulager de ce qui le submerge, à la fois sur un plan interne, comme les besoins de son organisme (faim, douleur), et externe, provenant de l'environnement (conflits parentaux, émotions intenses).

La fonction *alpha* de la mère libère le nourrisson des angoisses violentes qui le submergent, les « détoxiquant » (selon Bion) et les renvoyant au bébé sous une forme plus digeste et apaisée, bienveillante, associée à la relation, au portage (*holding*), au mamanaïs. « Le bébé va intérioriser cette fonction précieuse et acquérir la capacité de “transformer” lui-même ses sensations en émotions qui deviennent des sentiments, puis des pensées susceptibles d'être verbalisées ^[23] . »

La fonction contenante du thérapeute et du groupe

La fonction du grand Autre n'est pas seulement incarnée par la mère, mais elle peut également l'être par le groupe, comme nous le rappelle Denis Mellier. « Cet Autre n'est pas seulement la mère, “contenante” ou “séductrice”, c'est le groupe primaire, l'ensemble du socius dont il faut tenir compte ^[24] . » Il précise que le positionnement éthique du praticien est d'occuper une

place qui consiste à « contenir » : « Le praticien adopte fermement une position psychique de “contenant”. De ce fait, le travail de lien est bien celui d’une fonction à contenir, il a une dimension éthique ^[25] . »

Ce qui nécessite d’être contenu est de l’ordre de souffrances archaïques, que les bébés en détresse ne sont plus en capacité d’exprimer : « Les bébés en détresse ne pleurent même plus. Immobiles, figés dans leurs comportements, ils se rendent indifférents à la relation, à moins que, plus âgés, ils ne soient devenus violents. Leurs souffrances ne leur semblent plus accessibles. On sait que le processus de subjectivation de cette souffrance passe par l’autre ^[26] . »

Bien que chaque thérapeute de notre équipe reçoive les bébés individuellement, nous nous appuyons sur un travail groupal du fait des échanges que nous avons lors des groupes de travail. Nous partageons alors nos inquiétudes ou notre étonnement sur les bébés que nous avons en commun. Ces réunions (bien qu’alourdissant notre emploi du temps déjà chargé) sont toutefois indispensables à l’avancée des thérapies individuelles. Les parents ne déposent pas le même matériel chez le psychanalyste, le psychomotricien et chez l’ostéopathe. Notre collaboration nous permet d’envisager les situations cliniques dans leur ensemble.

Au sujet du travail groupal qui fait lien, D. Mellier précise : « Le travail à contenir, le travail de lien, passe paradoxalement par une différenciation des places de chacun pour qu’émergent des

liens nouveaux propres à contenir/transformer les souffrances primitives. [...] Le travail d'équipe, conçu sous le mode d'un appareil psychique groupal, nous servira de modèle pour configurer le travail intersubjectif de lien ou de contenance ^[27]. »

Ces liens tissés par l'enveloppe groupale aident à contenir les processus de déliaisons inhérents aux souffrances primitives. Le groupe sert d'enveloppe psychique aux processus intrapsychiques qui s'y jouent, qui peuvent être particulièrement difficiles dans le cas de suivis de bébés douloureux, en retrait relationnel, qui accumulent des retards sur tous les plans. Les parents sont à soutenir également car le processus qu'ils traversent est exigeant, intense et s'étale souvent sur plus d'une année. C'est un travail qui nécessite la prise en charge par une équipe. Le soin apporté à cette équipe ne doit pas non plus être négligé, compte tenu de l'exigence du travail et de l'importance que constitue l'enveloppe groupale dans sa fonction.

La structure radiaire de contenance. L'arrière-fond : un appui-dos qui permet au regard de s'installer

L'importance du lien entre l'arrière-fond et le regard a été démontrée par Geneviève Haag avec son hypothèse de la

structure radiaire de contenance ^[28]. Initialement assuré par la paroi utérine qui offre un appui au fœtus et permet un dialogue tonique entre la flexion et l'extension, l'appui postérieur contribue à l'enroulement en flexion.

Nous avons introduit le concept de la structure radiaire de contenance dans la section sur les mouvements *fidgety* et le « théâtre des mains ». En effet, G. Haag a repéré que le mouvement fin et fluide de la main du bébé, qui apparaît autour de 2-3 mois, peut être auréolé d'un vaste champ de représentations entre la mère et son bébé. La main du bébé caressant le sein de sa mère lors de l'allaitement fait des allers-retours entre le corps du bébé et celui de sa mère, et est ainsi investi de représentations. Le bébé suce son pouce, puis touche la mère, en étant enveloppé par son regard, ses mots, sa voix, entouré par la contenance du corps de la mère qui le porte. Tous ces éléments réunis ont un effet de coordination, de rassemblement, de contenance. La combinaison entre l'effet du portage physique et des éléments d'échange comme peuvent être à ce moment-là la main du bébé et les échanges de regard, font des boucles d'allers-retours en tissant des liens entre la mère et son bébé.

C'est grâce à l'observation de dessin d'un enfant autiste que l'idée de structure radiaire est apparue à G. Haag. Elle y a repéré des trajets faits tour à tour entre le dos de l'enfant et l'arrière de la tête de la mère. En plongeant son regard dans les yeux de sa mère, le bébé trouve un fond, constitué par le fond de la tête de la mère. Ce fond offre un appui à partir duquel le

mouvement revient vers le bébé ; ce mouvement s'élance vers le bébé et rencontre une limite qui est constituée par le dos du bébé ; de là, le mouvement peut repartir à nouveau vers la mère. Ces tissages successifs de liens ne sont possibles que parce qu'ils rencontrent une limite. C'est cette rencontre avec la limite qui constitue un bord ; puis le bord fait office de contenance ^[29].

Le bébé dans un schéma d'extension a bien besoin de la contenance de l'adulte pour se rassembler. Mais il se trouve alors dans une tension qui rend l'équilibre entre les corps difficile à réguler. Le paradoxe est lié au fait qu'un bébé qui se cambre dans un schéma d'extension *cherche à prendre appui* dans les bras de sa mère qui le porte, mais, à moins de le maintenir dans ses bras par la force, *son mouvement fait éclater la contenance* que lui offraient les bras maternels. Le bébé cherche à prendre appui, mais la contre-force qu'il exerce détruit le giron sur lequel il tentait de prendre appui. Il n'est alors pas dans un dialogue tonique ajusté mais dans une décharge d'énergie liée au processus primaire, tel que nous le verrons dans *l'Esquisse*.

C'est le paradoxe du portage du nourrisson qui se désorganise dans un schéma d'extension. Le contact du dos du bébé dans les bras du parent est un appel à l'enroulement en flexion. Mais un bébé qui se jette en extension alors qu'il est dans les bras de l'adulte se met en état de disqualifier le portage de l'adulte. C'est extrêmement difficile de prendre dans ses bras un nourrisson qui se cambre en arrière dans un réflexe tonique

d'extension, et cette difficulté n'a rien à voir avec les capacités de *holding* de l'adulte. Le bébé cherche alors à prendre appui, mais paradoxalement son mouvement rompt le dialogue tonique.

Une des principales conséquences de la persistance du schéma d'extension est l'absence de construction de l'arrière-fond, absence qui contribue au schéma d'extension mais qui en retour empêche lui-même la construction d'un arrière-fond. C'est grâce au contact avec un arrière-fond, la sensation d'avoir le dos appuyé, que la sensation de ne pas tomber dans le vide en arrière peut se développer, la sensation d'une réponse à l'extension qui permet l'enroulement. Cet arrière-fond, à la fois physique et psychique, qui donne un appui au dos du bébé, est indispensable à l'installation du regard vers l'autre.

Cet appui-dos recherché par les bébés doit être associé à une interpénétration des regards, afin que le bébé coconstruise un espace interne du corps en réponse à cet espace externe qui se crée devant lui entre l'appui postérieur de sa tête et de son dos, et le fond du regard de sa maman. « Il faut combiner ce tactile du dos à l'interpénétration des regards pour construire la contenance postnatale ^[30]. »

Sans cet arrière-fond, le bébé en retrait relationnel ou qui n'a pas encore construit son axe corporel cherchera des agrippements afin de ne pas s'effondrer, soit au niveau oral en s'accrochant aux objets qu'il met dans sa bouche, soit visuel, en fixant par exemple des lumières ou des objets contrastants (les

poutres au plafond ou les lumières), soit manuel en s'agrippant à des objets qu'il ne peut lâcher. Selon Bullinger, ces agrippements sont à leur tour source de désorganisation, car les segments corporels utilisés pour l'agrippement ne sont plus libres pour leur fonction d'exploration.

Prenons l'exemple du petit Alexeï, 5 mois, qui au départ ne regardait pas sa mère. Une attention particulière lors des séances de psychothérapie a été portée sur le positionnement de son corps et de celui de sa mère. Le premier moment d'un véritable échange entre eux a été obtenu alors qu'ils étaient chacun bien positionnés, avec un arrière-fond, c'est à-dire que la mère avait son dos bien soutenu par un canapé, tandis que Alexeï avait son dos contre les genoux de sa mère. Ils étaient face à face, avec une juste distance entre eux. C'est dans ce bon positionnement que Alexeï a pu regarder sa mère longuement, alors qu'elle lui chantait une berceuse russe. Ainsi, le bon positionnement de leurs corps a facilité les allers-retours qui se sont tissés grâce aux regards, à la chanson, puis aux sourires et vocalisations d'Alexeï. Ce moment inaugural a été suivi d'une quantité d'autres, Alexeï ayant graduellement construit un espace interne corrélatif à l'espace entre lui et sa mère.

De même, lors d'une séance où le père était également présent, Alexeï, assis sur les genoux de sa mère mais sans appui-dos, ne regardait que furtivement son papa. Dès que la mère posa le dos d'Alexeï en appui contre son ventre à elle, Alexeï a été beaucoup plus disponible pour regarder son père et avoir un échange avec lui. Alexeï à ce moment pouvait soutenir des

échanges de qualité uniquement s'il n'avait pas à tenir son dos, quand il était au sol sur le dos ou à demi-assis, le dos calé contre un coussin, ou dans cet exemple contre les genoux de sa mère.

Un autre exemple de l'interdépendance de l'appui-dos et de la possibilité du regard nous est donné par Arno. Petit garçon de 2 ans que nous avons reçu pour la première fois alors qu'il était déjà bien engagé dans l'autisme, Arno a eu ses premiers vrais échanges de regard avec nous alors qu'il avait le dos bien appuyé sur un gros ballon de 70 cm de diamètre. Se délassant avec plaisir, étirant ses bras, toute la partie postérieure de son corps était en contact avec le ballon : les jambes, le dos, la tête, ses bras. Il est même allé jusqu'à étirer ses bras pour presque toucher le sol. Dans cette position qui lui semblait tout à fait confortable, Arno a fait un concert de vocalisations joyeuses et variées, alors qu'il était jusque-là assez muet. Mais surtout, il a plongé ses yeux dans les nôtres, en souriant, puis en riant. Il a même applaudi dans un débordement de plaisir.

« Le moi corporel commence par un premier sentiment d'enveloppe qui se construit plus particulièrement avec l'intégration d'un tactile, et surtout d'un tactile du contact du dos allié à la pénétrance du regard ^[31]. » C'est justement l'intégration du tactile du dos offert par le ballon qui a donné un appui, selon l'idée de G. Haag, pour former une boucle entre le fond de ma tête, puis de mon regard à son propre fond, en miroir. Et c'est cette première boucle, en tête-à-tête, entre l'espace de nos deux têtes, qui serait une première perception

de séparation et d'enveloppe, non pas collée à la peau mais en circularité autour de nos têtes.

La structure radiaire de contenance formée par tous les allers-retours des échanges entre la mère et son bébé permet le décollement, crée un espace entre le bébé et l'autre. Sans cet espace entre le bébé et sa mère, la seule identification à laquelle le bébé peut avoir accès est l'identification adhésive. Esther Bick, dans les années 1970, a forgé le concept de « l'identification adhésive », en précisant qu'il s'agissait même d'une « identité adhésive », tellement à ce stade le bébé est collé à sa mère au même titre que peut l'être une sangsue. Geneviève Haag a poursuivi le développement du concept en précisant que c'est « un type de dépendance en se collant, constituant un niveau d'identité narcissique très primitif ^[32] », que l'on rencontre fréquemment dans la clinique de l'autisme. Ce processus extrêmement précoce est à distinguer du stade de l'identification projective décrit par Melanie Klein, que l'on retrouve plus particulièrement dans la clinique des psychoses, mais auquel le bébé a accès dans la phase schizo-paranoïde ^[33] .

Les trois mécanismes d'identifications décrits par Freud

Nous venons de voir avec G. Haag que l'identification adhésive est une forme de collage à l'autre. Le bébé, ou l'enfant autiste,

adhère à l'objet sans en être aucunement séparé. C'est un stade d'identification dans lequel le bébé ne se représente ni l'objet ni les liens à l'objet (tel que le distingue B. Golse ^[34]). Freud nous rappelle que le processus d'identification est « la forme la plus précoce et la plus originaire du lien affectif à un objet ^[35] ». Quels sont ces autres modes d'identification quant à leur rapport à l'objet ?

Identification originaire

Freud décrit une première forme d'identification, « cette expression première d'un lien affectif à une personne ^[36] », qui serait antérieure au complexe d'Œdipe. Dans cette première identification, l'objet n'est pas investi sous forme libidinale, mais introjecté dans sa totalité ; l'autre n'existe pas en tant que manquant ni désirant. L'objet disparaît du fait d'avoir été incorporé, au sens cannibalique du terme. Le sujet se prend pour l'autre sur un mode imaginaire.

Identification au trait unaire

Cette deuxième forme d'identification est celle au sens où l'on l'entend couramment. Le bébé s'identifie à un trait ou à une qualité chez l'autre. Cette identification lui permet en retour

une accroche symbolique. Elle est « partielle, limitée, et n'emprunte qu'un seul trait à la personne-objet ^[37] ». Lacan développe l'importance de cette identification pour le sujet sous l'appellation d'« identification au trait unaire ». L'identification à ce trait récolté chez l'autre assure en retour une place au sujet au sein de l'autre, une place symbolique qui n'est pas interchangeable, qui est spécifique au sujet.

Et surtout, en ce qui nous intéresse pour le bébé, cette identification demande une action de la part du bébé, c'est lui qui s'identifie activement à l'autre : « Le trait unaire, comme le trait de l'idéal du moi, comme trait positif que le sujet soustrait à l'autre, au proche aimé ou haï, est lié à l'acte de ce choix, ce qui témoigne de sa division propre d'être de parole ^[38] . »

On retrouve ce même mouvement actif d'identification du bébé vers l'autre dans ce qui permettra au bébé d'accéder au langage. L'autre propose des signifiants au bébé en nommant ses sensations internes, mais l'accroche entre les signifiants et les sensations du bébé (qui ainsi deviendront perçues) ne peut s'effectuer que si le bébé est en mesure de s'y identifier ^[39] .

Identification hystérique

Cette troisième forme d'identification n'est pas dirigée vers l'objet sous forme libidinale mais vers les symptômes de l'objet.

Elle peut survenir plus tardivement quand le sujet voudrait bien occuper la place de l'objet, comme c'est le cas dans le complexe d'Œdipe. Le sujet s'approprie alors ces symptômes de l'objet, selon le principe même de la formation des symptômes hystériques.

Notes du chapitre

[1] ↑ C'est Hervé Bentata qui a proposé l'heureuse idée d'une coconstruction du giron maternel, à partir d'une situation clinique où « aucun giron n'avait pu se constituer ». Cf. H. Bentata, « Le giron maternel, un fondement pulsionnel essentiel : la pulsion de portage », *Journal français de psychiatrie*, vol. 49, n° 1, 2020, p. 78-86.

[2] ↑ D. Meltzer et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot & Rivages, 2002, p. 51.

[3] ↑ B. Golse, *Du corps à la pensée*, Paris, Puf, 2008. p. 51.

[4] ↑ *Ibid.*, p. 51.

[5] ↑ *Ibid.*, p. 52.

[6] ↑ *Ibid.*, p. 53.

[7] ↑ A. Ciccone, « Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2, n° 2, 2012, p. 397.

[8] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre II (1954-1955), *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1980, séance du 25 mai 1955.

[9] ↑ J. Bergès, G. Balbo, *Psychothérapies d'enfant, enfants en psychanalyse*, Toulouse, érès, 2004. p. 60.

[10] ↑ M. Bergès-Bounes, « “À cheval, gendarmes !” », dans *Vivre le multi-linguisme*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique », 2015, p. 11-26.

[11] ↑ *Ibid.*

[12] ↑ *Ibid.*

[13] ↑ J. Lacan, *Télévision*, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien », 1974.

[14] ↑ *Ibid.*

[15] ↑ A. Beaulieu, « La possibilité d'inscription du signifiant peut-elle être liée à la texture du corps du bébé ? », *Journal français de psychiatrie*, vol. 46, n° 2, 2017, p. 149-152.

[16] ↑ M. Bergès-Bounes, *op. cit.*

[17] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre VII (1959-1960), *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1986, p. 66.

[18] ↑ *Ibid.*, p. 71.

[19] ↑ *Ibid.*

[20] ↑ I. Morin, « Les mots et la Chose », *Psychanalyse*, vol. 8, n° 1, 2007, p. 5-22.

[21] ↑ F. Richard, « Le paradigme du *Nebenmensch* et la fonction maternelle », *Revue française de psychanalyse*, vol. 75, n° 5, 2011, p. 1542.

[22] ↑ A. Ciccone, « Enveloppe psychique et fonction contenante. Modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, 2001, p. 92.

[23] ↑ N. Jaucourt, J. Tricaud, M.C. Choppy, « Les poupées russes ou le concept de contenance psychique à travers une observation de bébé dans sa famille », dans P. Delion (sous la direction de), *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, Toulouse, érès, 2013, p. 264.

[24] ↑ D. Mellier, *Les bébés en détresse: intersubjectivité et travail de lien : une théorie de la fonction contenante*, Paris, Puf, 2005, p. 55.

[25] ↑ *Ibid.*, p. 62.

[26] ↑ *Ibid.*, p. 9.

[27] ↑ *Ibid.*, p. 183.

[28] ↑ G. Haag, « L'hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations » (1993), www.genevievehaagpublications.fr

[29] ↑ Nous avons vu ce même principe d'élan qui rencontre un bord au sujet des différents espaces décrits par Alain Berthoz, repris par Chantal Lheureux-Davidse.

[30] ↑ G. Haag, « Les avancées théoriques dans la clinique psychanalytique de l'autisme », dans M.D. Amy (sous la direction de), *Autismes et psychanalyse. Évolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, érès, 2014, p. 62.

[31] ↑ G. Haag, « Langage préverbal et émergence des représentations du corps, en situation psychanalytique individuelle ou groupale, avec des enfants autistes », (1994), texte revu et complété en novembre 2011, www.genevievehaagpublications.fr

[32] ↑ G. Haag, *Identification adhésive, identité adhésive, adhésivité*, Paris, Éd. du Collège de psychanalyse groupale et familiale, 1998.

[33] ↑ Nous y reviendrons dans la troisième partie dans la description clinique du « bébé-méchant ».

[34] ↑ B. Golse, *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*, Toulouse, érès, 2020.

[35] ↑ S. Freud, « Psychologie des foules et analyse du moi » (1921), dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2015, p. 189.

[36] ↑ *Ibid.*

[37] ↑ *Ibid.*

[38] ↑ J.M. Forget, *Les enjeux des pulsion: la clinique des pulsions, une clinique actuelle*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique », 2011, p. 17.

[39] ↑ Voir la section sur le grand Autre.

8. Nouage RSI

Lacan, les enveloppes et l'objet a

Dans son séminaire *L'angoisse* (1962-1963), Lacan aborde la question de la séparation entre le fœtus et sa mère du fait de la naissance. Il fait un pas de côté par rapport à ce qu'en dit Freud, et surtout par rapport à Otto Rank, pour qui la séparation due à l'accouchement est une source primordiale d'angoisse pour le bébé.

D'après Lacan, la séparation qui se vit pour le bébé se joue à un niveau intrapsychique, elle ne se situe pas encore entre lui et sa mère : « La coupure [...] est interne au champ du sujet. » Cette façon d'aborder la séparation nous est utile dans le travail avec les enfants autistes, car ceux-ci n'ont pas, à ce stade, la conscience d'une existence séparée. Avant la mise en place du troisième temps pulsionnel, l'autre n'est pas constitué comme une entité séparée d'eux-mêmes. C'est perceptible chez les enfants autistes plus grands qui, par exemple, vont instrumentaliser l'adulte en le guidant avec la main pour ouvrir le placard à chocolat, ou pour l'aider dans un jeu. À ce stade, l'autre est un prolongement de lui-même, il n'en est pas séparé.

Reprenant une idée qu'il a abordée dans « Les complexes familiaux », Lacan fait une analogie entre la naissance et le sevrage du sein. Déplions pas à pas cette question, afin de mieux cerner l'enjeu de la mise en place du troisième temps pulsionnel chez le bébé en retrait relationnel. « Toute la dialectique dite du sevrage, de la séparation d'avec le sein, devrait être reprise en fonction de ses résonances, ses retentissements naturels, de tout ce qui, dans notre expérience, nous a permis de l'élargir jusqu'à la séparation primordiale, à savoir celle de la naissance ^[1]. »

L'autre n'étant pas encore constitué dans le psychisme du bébé, on ne peut pas parler à la naissance de séparation entre le bébé et son autre. Il est en effet préférable de rester au plus près de ce qui peut être l'expérience du bébé si on veut retisser ce qui se fait naturellement chez un bébé tout-venant, mais qui ne se met pas en place chez les bébés en retrait relationnel. « À la naissance, la coupure est ailleurs que là où nous la mettons. [...] Elle est intérieure à l'unité individuelle primordiale telle qu'elle se présente au niveau de la naissance. La coupure se fait entre ce qui va devenir l'individu jeté dans le monde extérieur et ses enveloppes, qui sont parties de lui-même. [...] La séparation se fait à l'intérieur de l'unité ^[2]. »

Par comparaison avec le sevrage, Lacan spécifie que le mamelon est solidaire de la bouche du bébé et que la coupure s'effectue entre le mamelon et le sein de la mère, le mamelon étant quelque chose d'intermédiaire entre le bébé et sa mère : « Il faut donc concevoir que c'est entre la mamme et

l'organisme maternel lui-même que réside la coupure^[3]. » Dans la lignée de M. Klein avec « l'intériorisation du mamelon », G. Haag présente les choses d'une façon similaire quant au sein qui appartient à la mère au le mamelon restant solidaire de la bouche du bébé, en termes « d'interpénétration bouche-mamelon^[4] ». Pour Lacan, c'est cette séparation entre le mamelon et le sein de la mère qui permet au mamelon de fonctionner en tant qu'objet *a*.

De quel objet parle-t-on ?

Distinguons un instant l'objet au sens du *Nebenmensch* (la mère, ou l'autre, en chair et en os) et l'objet petit *a*, cause du désir.

L'objet *a* (dont Lacan dira que c'est sa seule invention) n'est pas l'objet recherché mais plutôt l'objet qui cause le désir, car sa chute laisse le sujet dans un état de manque, d'incomplétude. Cet objet est tour à tour le mamelon, les fèces, le regard et la voix (pour ne nommer que ceux-là). L'objet *a* est la monnaie d'échange entre l'Autre et le sujet, ce dont le sujet doit se départir. Ce qui nous préoccupe chez les bébés en retrait relationnel se situe en amont de cette séparation entre le sujet et l'objet *a*. En effet, avant de pouvoir être séparé de l'Autre et d'entrer dans un échange avec lui grâce à l'objet *a*, le bébé doit pouvoir s'aliéner à cet Autre en s'y identifiant, et c'est ce que ne fait pas un bébé en retrait relationnel.

Soulignons au passage, toujours dans cette leçon du 15 mai 1963, la référence de Lacan au *destin* en tant que *désir* : « Le destin, c'est-à-dire le rapport de l'homme à cette fonction qui s'appelle le désir, ne prend toute son animation que pour autant qu'est concevable le morcellement du corps propre, cette coupure qui est le lieu des moments élus de son fonctionnement ^[5]. »

Dans cette citation, le morcellement du corps propre par la coupure (opérée par la castration ou la métaphore paternelle) fait référence au corps préalablement unifié par le stade du miroir. C'est tout autre chose que le morcellement du corps propre du bébé qui n'acquiert pas l'unification par l'image spéculaire. Autrement dit, le morcellement chaotique initial du corps du bébé trouve une première organisation grâce à l'autre :

– dont la première inscription psychique se situe dans l'expérience de satisfaction, dans une relation de dépendance où l'autre (le *Nebenmensch*) répond à la détresse originaire du bébé et à ses besoins vitaux ;

– dans le troisième temps pulsionnel, où le bébé organise sa motricité et son corps pulsionnel en direction de l'autre pour susciter son émerveillement et décrocher sa jouissance, où l'autre (déjà inscrit dans le psychisme du bébé grâce à l'expérience de satisfaction) agit alors comme point pivot organisateur de la motricité du bébé ;

– dans le stade du miroir, où le bébé s'identifie (activement) à son nom, en l'associant à son image dans le miroir. L'inscription symbolique (le nom du bébé), associée à l'imaginaire (son image spéculaire) et au réel de son corps, constitue un véritable moment d'unification pour le bébé.

Le morcellement chaotique initial du corps du bébé trouve donc à s'unifier au lieu de l'Autre, dans un rapport d'aliénation du bébé à cet Autre. Ce n'est qu'une fois que ce processus est en place que la séparation d'avec cet Autre sera possible, grâce à la castration opérée par un tiers. Le bébé ne comblant pas complètement la mère, celle-ci a son désir tourné vers le père. En prenant un raccourci, disons que la métaphore paternelle est le désir de la mère pour le père. Le bébé peut susciter l'émerveillement et la jouissance de sa mère, mais fort heureusement, cette jouissance ne sera pas totale, et le bébé sera séparé de sa mère par une limite, la castration. Cette castration est opérée par l'idée du père.

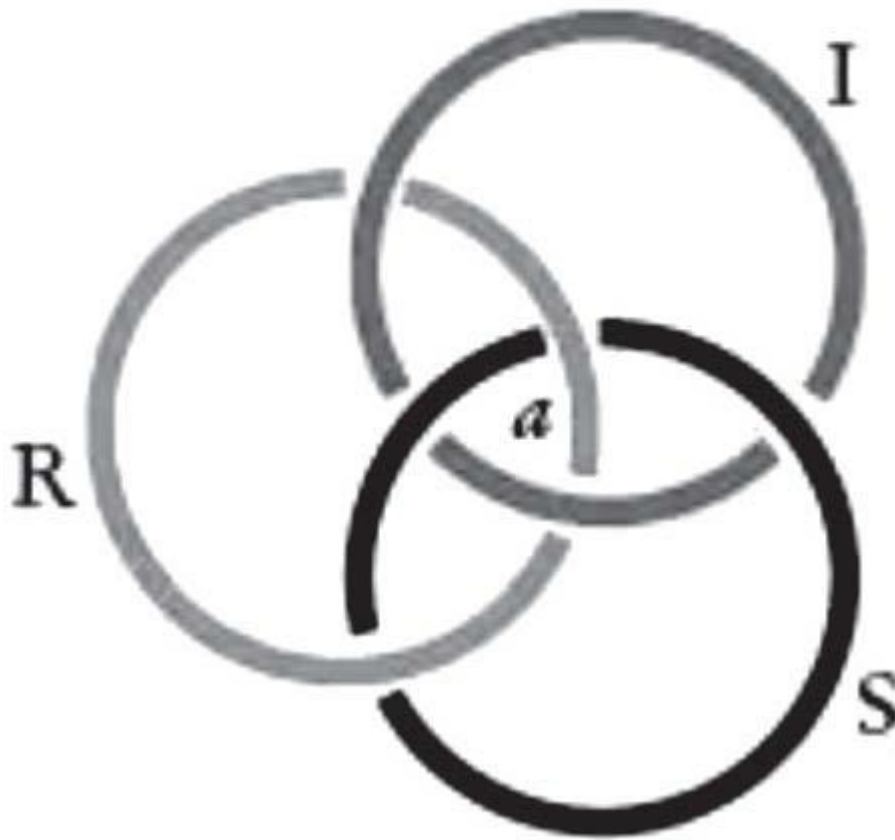
Freud a décrit la castration à partir du mythe d'Œdipe, préservant le bébé de l'inceste avec la mère. Lacan développe le concept de castration à l'aide de la métaphore paternelle. Grâce à la métaphore paternelle, le bébé est séparé de son Autre, en acceptant au passage de se départir de l'objet *a*. Le bébé n'est alors plus constitué comme un tout, en fusion avec l'Autre, mais il devient manquant, entamé, troué, et c'est à partir de ce manque qu'il se met en route à la recherche d'un objet qui ne le comblera jamais complètement, mais qui aura le mérite de mettre en route son désir.

L'enveloppe tricotée par le nouage

RSI

Revenons au fil conducteur de cette deuxième partie avec ce qui, provenant de l'autre, peut faire office de contenance pour le bébé. Le nouage entre les instances Symbolique, Réel et Imaginaire constitue ce qui deviendra la structure interne du sujet, sa structure psychique dans son rapport à l'Autre (dans sa fonction) et dans son rapport à l'objet (au sens d'objet *a*). La façon dont se noue la tresse qui formera la structure du nœud borroméen pour le sujet est une porte d'entrée opérante pour penser la clinique avec les bébés ^[6]. Le nœud borroméen appliqué à la clinique a été pensé par Lacan en 1973. Le nœud est dit borroméen au sens où chaque rond est noué de sorte que, si un seul se dénoue, l'ensemble se défait. Il illustre la structure du sujet, où les trois consistances, le Réel, l'Imaginaire et le Symbolique, sont d'importance égale. Une des particularités du nœud est l'ordre dans lequel les instances se nouent, imposant la préséance de l'une sur l'autre au moment de sa constitution. Si un brin doit passer sous un autre et qu'il passe dessus, le rond ne sera pas pris dans le nœud et pourra s'en extraire ^[7].

Fig. 10. Le nouage borroméen ^[8] .



Dans la suite de ce que propose Marie-Christine Laznik dans sa lecture de la tresse qui forme le nœud borroméen ^[9], nous prenons comme présupposé de départ que :

–le Réel correspond au corps organique du bébé. Le Réel est atteint dans le cas de troubles organiques qui touchent la structure du corps, comme la douleur liée au reflux, les fractures, les chirurgies, les cicatrices, en somme ce qui l'atteint dans sa chair. Cette étape est toujours problématique pour que se constitue un autisme. Le Réel du corps du bébé est soit douloureux, soit altéré du point de vue génétique ou neurologique. L'autisme est un problème

neurodéveloppemental qui est, à la base, constitué par une atteinte de l'équipement qu'est le corps du bébé, comme nous l'avons développé dans la première partie de cet ouvrage. Le Réel du corps du bébé est d'emblée impliqué dans la genèse du trouble autistique ;

– l'Imaginaire est dans un premier temps l'illusion anticipatrice, le regard de la mère sur le bébé, regard qui est auréolé d'imagination, au sens de Freud dans *Pour introduire le narcissisme*, où il décrit *His Majesty the baby*, le petit prince devant lequel les parents s'extasient. Le schéma de Bouasse illustre également cette étape – le regard voit un bouquet de fleurs qui orne un pot, alors que réellement le pot est vide. C'est le regard, dans sa place spécifique (symbolique) où il se situe, qui peut voir (le reflet imaginaire) des fleurs là où il n'y en a pas.

L'Imaginaire a toujours préséance sur le Réel : le regard du parent voit chez son bébé beaucoup plus que ce que le bébé montre réellement. Une fabuleuse illustration de cette illusion anticipatrice nous a été donnée par une mère qui a retouché une photo de son bébé, grand prématuré, alors qu'il était dans sa couveuse, de surcroît intubé. Les mains du bébé étaient placées de sorte qu'il donnait l'impression de jouer de la guitare. La mère, en retouchant la photo, a dessiné la guitare qu'elle imaginait dans les bras de son fils. Plutôt que de voir un bébé branché sur respirateur dans une couveuse en service de néonatalogie, elle a eu cette formidable capacité de l'imaginer,

plus tard, jouant de la guitare. C'est un petit garçon qui s'est d'ailleurs admirablement bien développé par la suite.

Ce premier croisement de l'Imaginaire sur le Réel correspond, nous l'avons dit, au schéma optique. Il constitue l'*Urbild* de l'image spéculaire, autrement dit la préforme de l'image corporelle. Nous voyons chez les enfants autistes que cette étape a échoué, que ces enfants ne sont pas sensibles aux éloges, que les compliments imaginaires n'ont pas prise sur eux, ils ne se réapproprient pas, ne reprennent pas à leur compte les projections imaginaires que l'autre, l'adulte dans la fonction qu'il occupe, leur adresse.

Le second croisement de l'Imaginaire sur le Réel correspond au stade du miroir en tant que tel. Cette étape n'a pas fonctionné pour que se constitue un autisme. L'image du corps ne s'associe pas au Réel et au Symbolique, tel que nous le verrons dans le chapitre sur le stade du miroir.

Le Symbolique est le système vertical qui vient assurer une limite à l'Imaginaire. Comme l'illustre M.-C. Laznik, à un moment, *His Majesty the baby* doit retourner dans son lit, à sa place. C'est le père qui assure cette fonction de séparer la mère de l'enfant et de faire respecter les places respectives de chacun. Mais cette instance symbolique ne s'exerce que sur l'Imaginaire, sur l'excédent, elle ne s'applique pas sur le Réel ; si un bébé pleure parce qu'il est douloureux, on le reprend la nuit dans ses bras. Le Symbolique qui s'exerce sur le Réel est de la tyrannie. Ce n'est pas ainsi que le Symbolique se conçoit. Le

langage, avec les places qu'il permet de délimiter – ainsi que les lois, les limites, la castration –, témoigne des manifestations de l'instance symbolique.

C'est grâce à l'accès au langage que l'être humain entre dans le registre symbolique. C'est le langage qui délimite la place symbolique occupée par chacun. C'est le sens de la formule « un signifiant, c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant ^[10] ». Car ce signifiant qui représente un sujet doit préalablement exister dans le champ des signifiants que contient l'Autre (le trésor des signifiants) pour que le sujet puisse s'y suspendre.

Dans la psychose, le sujet rencontre une place vide, qui n'est pas préalablement occupée par un signifiant. Lorsque le sujet a à occuper cette place spécifique, il tombe littéralement dans le trou noir de la psyché, le Réel. À cet endroit précis, le Réel n'est pas recouvert de Symbolique, aucun signifiant ne vient poser un voile sur le réel : « Le sujet naît en tant qu'au champ de l'Autre surgit le signifiant ^[11] . » Ces signifiants doivent donc préalablement surgir au champ de l'Autre pour que le sujet puisse s'y appuyer.

Cet aparté du côté de la psychose pour souligner que le registre symbolique préexiste au sujet. Les bébés dont la conception suit le décès d'un enfant ou d'un fœtus, ou qui naissent le jour d'une date anniversaire importante de décès, ou dont le choix de prénom est repris d'un précédent parent décédé, sont tous

impactés d'une façon ou d'une autre quant à la place symbolique qu'ils occupent à leur naissance.

La structure du sujet se tisse par l'enchevêtrement de ces trois instances, chacune avec son importance propre, mais elles se superposent en se limitant chacune dans un chassé-croisé qui se noue et se dénoue au fil du développement du bébé. Le Réel a préséance sur l'Imaginaire, l'Imaginaire recouvre le Réel, le Symbolique limite l'Imaginaire. À l'inverse, le Symbolique est recouvert par le Réel, qui lui-même est limité par l'Imaginaire, qui à son tour est limité par le Symbolique. Et ce tissage s'opère un grand nombre de fois, selon les situations du quotidien et la façon propre à chacun de les appréhender.

Fig. 11. Tissage d'une tresse en vue du nœud borroméen.

Réel	Imaginaire	Symbolique
Symbolique	Réel	Imaginaire

Inès

Déplions l'histoire d'Inès qui a été fort riche d'enseignements. Nous avons vu se constituer l'étroite relation entre le schéma d'extension et la contenance parentale. Pour retisser une contenance avec les parents, nous avons pris appui sur la structure de la tresse à trois brins. Cette tresse se nouait au fil de nos rencontres mais s'est dénouée au moment de l'entrée en

maternelle. C'est à ce moment que la psychothérapie a véritablement commencé.

La maman d'Inès nous consulte pour des douleurs périnéales, à la suite des conseils de sa sage-femme lors de la rééducation périnéale. Nous apprenons alors par la mère qu'Inès, âgée de 3 mois, présente un schéma d'extension avec un RGO qui entraîne de fréquents vomissements et une toux persistante. Nous découvrirons l'histoire petit à petit, au fur et à mesure que notre pensée évolue au sujet du schéma d'extension, dans un mouvement de déroulé en spirale. L'histoire est ici racontée dans sa suite chronologique pour plus de clarté.

Les parents sont à Rome, pour des raisons professionnelles, lorsqu'ils apprennent la deuxième grossesse en cours. Cette belle nouvelle attendue survient au même moment que l'annonce de leur rapatriement à Paris. C'est tout un bouleversement pour ce jeune couple, car leur appartement parisien est occupé par des locataires. Mais cette idée de revenir à la capitale leur plaît bien. La mère fera une chute dans l'escalier à cette époque (qui causera une torsion des iliaques, que nous retrouvons lors de sa première séance). La mère souffre depuis cette chute d'une douleur à l'aîne gauche, qui sera présente jusqu'à l'accouchement.

L'interrelation entre les événements physiques et psychiques se vérifiera tout au long de la grossesse. Mis à part la chute de la mère dans l'escalier et le déménagement de Rome à Paris, le reste de la grossesse se passe dans d'assez bonnes conditions.

Toutefois, le jeune couple doit affronter une suite d'événements majeurs traumatiques dans les trois dernières semaines qui précèdent l'accouchement. D'abord, l'oncle de la mère fait une chute mortelle en montagne, alors que ses enfants (donc les cousins de la mère) marchaient derrière lui. Cette mort a beaucoup affecté la mère, qui est très proche de ses cousins.

Une semaine plus tard, une cousine de la mère perd son bébé de 3 mois qui décède d'une mort subite du nourrisson. Aucune cause n'est identifiée. Pour cette maman qui arrive presque à son terme, ce nouvel événement traumatique la sidère. Elle ne peut presque pas en parler, elle se trouve face à du trauma pur, impensable.

Le lendemain et les jours suivants, c'est tout Paris qui est sidéré par une suite d'attentats. Le couple habite un des quartiers touchés par les événements. Le caractère traumatique est évident et touche toutes les couches de la population. Plusieurs patients décrivent cette impression que le ciel leur est tombé sur la tête. Là où ils se sentaient relativement protégés par les valeurs républicaines, l'ébranlement de la dimension symbolique protectrice est majeur. La mère, sa famille et tous ses proches, parents et amis, en sont profondément affectés.

Quelques jours plus tard, l'accouchement se déclenche naturellement, autour de la date prévue. Inès se présente par le nez. Une première tentative de tourner le fœtus pour la repositionner, c'est-à-dire placer l'occiput du bébé sur l'aile iliaque gauche de la mère, échoue. Puis une seconde tentative

réussira. La difficulté était-elle en lien avec la chute dans l'escalier ? La mère décrivait une douleur à l'obturateur interne gauche depuis la chute. Il est possible que cette tension musculaire ait rendu difficile le dialogue tonique entre le bassin de la mère et la tête d'Inès qui s'y engageait.

Quand Inès arrive enfin, elle est posée sur le corps de sa maman. Inès agrippe l'index de sa mère avec une force surprenante. La maman se rappelle clairement avoir dit à son mari : « Elle sait ce qu'elle veut, celle-là ! » Déjà Inès est vue comme une petite combattante qui ne se laisse pas faire. Cette interprétation du geste d'Inès de la part de la mère sera importante dans la suite des événements.

Dès ce premier jour en maternité, les parents se rappellent qu'Inès toussait. Selon eux, le RGO était présent dès les premières heures. Puis le reflux s'est vite transformé en vomissement. Même sous oméprazole, Inès continuait de vomir. Les vomissements ont été associés aux crises de colère. Inès se mettait en colère jusqu'à se faire vomir. C'est à ce moment que la mère me parle d'Inès comme d'un bébé qui se jette sans arrêt « en arrière » (dans un schéma d'extension). Je la recevrai très rapidement, pour cette raison de consultation : les colères qui font vomir et le fait qu'elle se cambre constamment en extension. Inès a alors 2 ans et 3 mois.

Les premières séances hebdomadaires ont d'abord été en ostéopathie. Après quelques séances, la toux d'Inès s'est estompée. Puis les vomissements se sont atténués mais

persistaient lors des crises, lorsqu'Inès était contrariée, si ses parents lui disaient non. Inès avait une forte réaction négative à toute interdiction, qui la situait à une place de tyran, autant face à ses parents que face à son frère de trois ans son aîné.

Les séances d'ostéopathie se déroulaient alors qu'Inès était assise sur la table. J'étais assise derrière elle et Inès faisait face à sa maman. Elle jouait alors à la dînette ou aux Playmobil. Nous travaillions à détendre son diaphragme, son thorax. Nous assouplissions les fascias autour de l'estomac par des tractions douces vers le bas. Les tensions œsophagiennes et diaphragmatiques étaient majeures, compte tenu des vomissements répétés. Nous faisons toujours une séance complète (crâne, thorax, abdomen, bassin), mais nous nous attardions aux endroits les plus tendus, et équilibrons les trois diaphragmes.

Inès réclamait les séances et elle venait avec joie, selon ses parents. En revanche, elle n'était pas franchement en relation avec nous à cette époque : elle évitait notre regard, elle ne répondait pas directement à nos questions ; nous n'entrions pas facilement dans les jeux qu'elle développait avec sa maman ; elle ne nous donnait pas spontanément à goûter tous les bons gâteaux qu'elle préparait en jouant à la dînette. Elle ne démontrait pas d'appétence relationnelle particulière.

Avec son corps, cependant, elle communiquait très bien. Elle s'appuyait bien dans nos mains, ses tissus se détendaient. Elle faisait de nombreux soupirs, sa respiration s'approfondissait.

Nous l'accompagnions dans ce qui nous semblait possible, sans insister par ailleurs, tout en gardant un œil sur le jeu pour souligner ce qui nous semblait important dans ce qu'elle exprimait.

Un des thèmes de nos jeux à cette époque tournait autour de la question de la place de grande sœur. La mère était enceinte de son troisième enfant, ce qui augmentait visiblement l'anxiété d'Inès. Nous avons longuement tissé cette place de grande sœur qu'elle allait occuper. Cette place a pris graduellement forme, à l'aide de poupées qu'elle mettait en scène. Nous avons également surjoué toutes les peurs et la jalousie que la venue d'un frère ou d'une sœur provoquait chez elle. Mises à jour, accueillies, ces émotions prenaient ainsi moins de place ; Inès quittait les séances avec légèreté.

Nous nous séparons pour les grandes vacances dans un climat relativement apaisé, les différents symptômes étant toujours en cours de travail mais sans présenter de manifestation. Les crises de colère, les vomissements, l'incapacité à accepter les interdits sont alors moins présents au quotidien. Et surtout, Inès est nettement plus en lien direct avec nous. Nous avons droit à de bons gâteaux délicieux, qu'elle nous donne en observant bien si ça nous fait plaisir.

À la fin de l'été, Inès demande par elle-même plusieurs fois à retourner « chez Annik ». Nous la recevons avant la rentrée, dès que nous avons pris connaissance de sa demande. La rentrée en petite section prévue dans quelques jours la bouleverse. Elle est

plus agressive, elle a recommencé à vomir. Et surtout, ce qui inquiète beaucoup la mère : Inès est arrogante et méprisante face à toute forme d'autorité, autant envers les parents que la tante ou la grand-mère.

Nous nous installons comme à notre habitude, Inès assise sur la table entre sa maman et nous, son dos contre nous, face à sa maman. Elle investit à fond un jeu de Playmobil où elle met en scène un voleur très en colère. À un moment donné, elle se tourne d'un quart de tour pour s'asseoir entre sa maman et nous, nous sommes à sa droite et sa maman est à sa gauche. Nous formons un triangle. Inès s'est dégagé le dos de nos mains. Elle investit d'autant plus le jeu et nous invite à y participer plus activement. Nous surjouons sous forme de psychodrame les vomissements du voleur, qui est tellement en colère qu'il vomit.

Inès nous montre la cruauté de son Surmoi, à la hauteur des angoisses archaïques qui surgissent en elle. Elle punit très durement le voleur, qui refuse de dire pardon (ce qui est un des enjeux dans la famille, Inès refusant de dire pardon, nous essayerons donc de dévier graduellement cet enjeu). Le voleur est tour à tour puni dans son lit ou seul dans la maison. Inès joue aussi la maman qui veut faire un câlin au voleur, mais celui-ci, toujours très en colère, refuse obstinément de dire pardon et refuse le câlin. Cette séance est très chargée émotionnellement et marque un tournant dans l'investissement d'Inès dans le jeu. Et surtout, à partir de ce moment, nous resterons à la place de psychothérapeute et ne proposerons plus

d'ostéopathie à Inès lors des jeux. Nous sommes passée de la place d'ostéopathe qui avait un œil sur ce qui se jouait à une place de psychothérapeute bien définie.

Les séances se poursuivent toutes les semaines, avec un investissement important de part et d'autre. La maman ne pouvant pas toujours se libérer, nous poursuivons toutes les deux. Inès insiste : il n'y a que maman qui peut jouer avec Inès et Annik. Tata ou mamie restent dans la salle d'attente. Nous sommes nous-même très investie et réfléchissons à nos séances en supervision. Inès entre en quelques minutes dans le jeu avec les Playmobil, en insistant pour faire elle-même tous les personnages importants.

Le jeu continue de se déployer autour des questions du voleur et du policier. Ce voleur, toujours enragé, arrache les têtes des autres personnages. Puis, Inès choisira les marionnettes à doigts pour me montrer toutes ses terreurs les plus archaïques, articulées autour de la dévoration. Le requin à la grande gueule mange tour à tour les neuf autres animaux, dans une rage bien appuyée. Et nous rejouerons cette scène un grand nombre de fois. Nous n'interprétons alors pas les mécanismes de défense, mais nous interprétons une à une les angoisses qui surgissent.

Puis, lors d'une reprise subséquente de cette même scène, les animaux seront d'abord éborgnés par le perroquet (« Pic, pic », dit-elle en perçant chaque œil, de chaque animal, avec le bec du perroquet). Puis tous les animaux sont à leur tour dévorés par le requin. Ensuite, tous les animaux sont placés sous un grand

coussin sur lequel elle frappe énergiquement, « parce qu'ils nous font très peur », ajoute-t-elle. Nous voyons ici les angoisses archaïques relevées par G. Haag concernant les angoisses provoquées par le regard : la peur que le regard prédateur de celui qui regarde ne vienne percer les yeux de celui qui est regardé. Inès nous montre cette peur que le regard des autres provoque en elle, en l'illustrant avec le perroquet qui perce les yeux des autres animaux.

Un autre tournant dans la thérapie s'est opéré à la suite de ces démonstrations successives des terreurs liées au regard prédateur et à la dévoration.

Nous rencontrons régulièrement les parents des enfants que nous suivons en psychothérapie. L'une de ces rencontres avec les parents d'Inès a été particulièrement riche, et nous avons eu l'impression que nous tissions ensemble une contenance pour Inès. L'image d'un petit chat éventré qui hurle dès qu'on s'approche de lui, terrifié, nous est venue concernant Inès ; cette image correspondait aussi à celle que le père se faisait d'Inès. Plutôt que de vouloir l'éduquer à dire pardon, nous commençons tous à comprendre l'absence de construction d'une enveloppe contenant et des pare-excitations chez Inès, compte tenu des effractions traumatiques qui se sont succédé dans sa période périnatale.

Les jeux qui ont suivi se sont déroulés beaucoup plus sur le versant de la névrose et n'ont pas fait ressurgir les terreurs archaïques. Elle a pu ainsi concocter tout un menu à base de

bonbons, de la soupe aux bonbons délicieuse à la salade de bonbons succulente. Elle était même un peu plus inhibée, dans un retrait qui semblait assez juste, et qui laissait une place à sa maman et à nous-même. Elle a eu ensuite envie de faire un train. Inès a décidé que le train partait en vacances... en Italie !

En Italie ? Nous ne connaissions pas alors l'épisode du déménagement de Rome à Paris (Inès ne le connaissait pas consciemment, la maman ne lui en avait jamais parlé directement). La maman, très fine, a tout de suite compris le lien. Elle a spontanément expliqué à Inès qu'elle avait été conçue à Rome, en Italie. Que papa et maman s'aimaient très fort, qu'ils ont fait un gros câlin et qu'Inès était arrivée dans le ventre de maman. Nous avons ainsi repris le cours de l'histoire d'Inès depuis son origine.

Discussion

Cette prise en charge illustre un certain nombre d'éléments évoqués jusqu'à maintenant. Tout d'abord, concernant la contenance parentale : quand Inès est née, elle a été accueillie dans un nid éclaté ; pas parce que les parents n'étaient pas compétents, bien au contraire – ce sont des parents investis, attentifs et outillés –, mais la somme des événements traumatiques qu'ils ont dû encaisser dépassait largement ce qu'un être humain peut digérer en à peine un mois. Le décès

brutal de l'oncle, la mort subite du nourrisson d'un cousin, la proximité physique des attentats dans le quartier, ces événements hors norme se sont additionnés en très peu de temps.

Il est tout à fait envisageable que le schéma d'extension d'Inès, présent dès la naissance, ait été dû au manque de contenance qu'avaient pu offrir les parents au moment de sa naissance. Nous avons vu que le schéma d'extension du bébé est rassemblé en flexion par la contenance physique, mais aussi psychique, des parents. C'est ce qui était éclaté dans l'histoire d'Inès et qui a nécessité une prise en charge soutenue pour la reconstruire. Le manque de contenance a laissé Inès dans un schéma d'extension qui, en retour, provoque (comme chez tous les bébés) reflux et désorganisation.

Soumise aux processus primaires sans protection, Inès était assaillie d'angoisses archaïques qui ne pouvaient pas être transformées en l'état. De notre place de psychanalyste, nous avons accueilli ces angoisses pour les transformer, en les nommant, à la manière décrite par Bion, en transformant les éléments *alpha* en éléments *beta*, plus digestes et transformables par l'enfant. Étroitement de pair avec les parents, nous avons retissé une enveloppe contenant pour Inès.

Ce n'est qu'une fois calmé le volcan des angoisses archaïques, que nous avons pu travailler sur l'intériorisation des interdits et de l'instance symbolique. Inès est entrée dans l'Œdipe vers

4 ans, et ses jeux sont passés du côté de la névrose. Elle a même eu accès au mensonge, ce qui m'a fait bien plaisir, en faisant jouer des enfants (avec les Playmobil) qui mentaient à leur maman parce qu'ils ne voulaient pas faire la sieste, préférant jouer au toboggan.

Cet exemple clinique illustre par ailleurs le fait que rien n'est jamais acquis avec les enfants. La tresse qui s'était nouée avant les vacances s'est dénouée avec l'entrée en maternelle, laissant le symbolique libre. Avec Inès, nous avons craint au début un autisme, car elle ne nous regardait pas, ni ne relançait de lien vers nous. Puis nous avons été très inquiète qu'elle reste du côté de la psychose, tellement elle rejetait activement toute interdiction. La moindre limite la faisait éclater en morceaux. Inès n'avait pas suffisamment de contenance et elle était submergée de trop d'angoisses pour supporter une coupure. Il faut constituer une certaine unité pour supporter la castration. Un enfant déjà éclaté, qui n'a pas trouvé à s'unifier dans une instance du Moi à peu près stable, ne tolère pas la castration. La coupure, plutôt que de lui retirer un petit bout de jouissance, a un effet d'éclatement de l'ensemble de sa structure. Ce n'est qu'une fois que les angoisses ont été métabolisées qu'elle a construit peu à peu une instance du Moi qui a tenu la route. Et qu'elle a alors pu accepter une limite.

Enfin, dans la dernière année de la prise en charge, alors qu'Inès avait 5 ans, elle n'a pas présenté de moment où la tresse se serait dénouée, semblant désormais bien ficelée. L'image de la tresse nous a accompagnée tout au long de cette prise en

charge. Nous sommes restée attentive à l'étape du tressage qui s'opérait.

Réel (R) : nous avons d'abord travaillé sur le Réel de son corps en ostéopathie. Son corps douloureux par le reflux et les vomissements provoquait des décharges motrices en extension ; le schéma d'extension en retour entretenait son reflux. Les décharges en extension, en tant que processus primaires, empêchent l'instance du Moi de se consolider par les processus secondaires de mise en route vers la réalité, grâce aux souvenirs d'expérience de satisfaction ^[12].

Imaginaire (I) : l'illusion anticipatrice, le regard imaginaire que les parents portaient sur Inès fonctionnait bien, elle y était sensible et se réappropriait les éloges. Elle a acquis sans problème le stade du miroir.

Symbolique (S) : la métaphore paternelle ne fonctionnait pas du tout tant que les angoisses la submergeaient. Cette étape de la tresse a été l'enjeu de toute la dernière année du travail.

Ratage de l'illusion anticipatrice

Afin d'illustrer la façon dont nous utilisons la tresse pour orienter notre intervention thérapeutique, voyons l'exemple de Tristan.

Le petit Tristan nous a été adressé par une collègue psychomotricienne, qui l'a elle-même rencontré avec ses parents au cours d'un séjour dans une unité d'hospitalisation mère-bébé.

Tristan est un petit garçon prudent dans la rencontre. La mère nous explique qu'il est « dans un schéma d'extension », terme que lui a expliqué la psychomotricienne. Elle s'inquiète donc chaque fois qu'il a un mouvement d'extension. Nous lui expliquons qu'il est tout à fait normal d'avoir des mouvements en extension, et que c'est le déséquilibre entre la flexion et l'extension qui ne facilite pas les acquisitions du bébé sur le plan psychomoteur. Cette explication ne semble pas la rassurer, car elle poursuit en nous demandant : « Oui, mais quand est-ce qu'il sera guéri de son schéma d'extension ? »

Tristan est visiblement détendu pendant les manipulations ostéopathiques et, surtout, il dort particulièrement bien les jours qui suivent les séances. Il progresse bien sur le plan de son développement psychomoteur, malgré une construction toujours un peu fragile de son axe corporel. Les progrès de Tristan ne rassurent toutefois jamais complètement la mère, sans que nous arrivions à vraiment cerner le sujet de son inquiétude. À 7 mois, Tristan a acquis les retournements et en est presque à ramper. Il explore les différents espaces avec tranquillité. Sans être clairement en retrait relationnel, il prend peu appui sur l'autre, surtout sur le plan scopique, il ne cherche visiblement pas à être admiré.

Lors d'une séance, après la manipulation, nous jouons avec la position quatre pattes, accompagnée d'une chanson rythmique que Tristan semble apprécier. Il est visiblement heureux d'explorer cette nouvelle position, soutenu partiellement par mes mains. Notre joie partagée avec Tristan et nos exclamations admiratives ne déclenchent pas de réaction en retour chez la mère. Je parle à la place de Tristan : » Mais maman ! Comment tu me trouves ? Es-tu fière ? Tu vois comme je suis fort ? Je suis à quatre pattes déjà ! » La mère répond vaguement que ça lui semble normal et qu'elle ne voit pas en quoi c'est réjouissant. Elle ajoute : « Moi, j'ai besoin d'être rassurée, mais je n'arrive pas à m'émerveiller. » Ces dernières paroles qu'elle s'entend prononcer la touchent et elle éclate en sanglots.

Nous déplorons toutes les deux cette inquiétude qu'elle ne connaît que trop bien, qu'elle sait impossible à rassurer, en lien avec la petite fille qu'elle a été. Elle ajoute que la rationalisation des progrès de Tristan l'aide à prendre appui sur la réalité actuelle. C'est dans ces situations qu'il nous semble utile de pouvoir « chiffrer » les progrès de l'enfant. Le développement psychomoteur de Tristan est la principale source d'inquiétude pour cette mère, tout en étant paradoxalement au-delà des attentes pour son âge. Afin d'inclure la mère comme cothérapeute, sous le mode qui semble lui convenir, nous regardons jouer Tristan en commentant ses exploits : « Vous voyez comme il s'enroule bien ? Regardez la belle position asymétrique de ses jambes... Oh, comme il ramène bien ses genoux sous son bassin, il est prêt pour le quatre pattes alors qu'il a à peine 7 mois, il est carrément en avance sur son âge ! »

La mère joue le jeu avec nous : « Oh ! Je suis fière, Tristan, je suis très admirative ! » Puis, en entendant le son de sa voix éteinte, elle sourit. « Ça ne se commande pas comme ça, mais je vois ce que vous voulez dire, je vais essayer de me laisser surprendre ! » Et nous convenons de nous revoir prochainement pour poursuivre ce travail.

Cette vignette clinique illustre le travail de la tresse que nous gardons en tête dans la thérapie mère-bébé. Dans ce cas, le Réel du corps du bébé n'était pas problématique. C'était l'illusion anticipatrice, l'Imaginaire et la capacité de s'émerveiller qui ne fonctionnait pas complètement pour cette mère. Tristan occupe une place symbolique pour elle et son mari, il est un enfant désiré, mais il est auréolé d'une inquiétude quant à son corps. Le fait de prendre appui sur le traitement du corps de Tristan, par des techniques douces comme l'ostéopathie, qui de surcroît le détendent et le rendent plus disponible au lien, permet de déplacer l'attention vers les exploits de Tristan. Nous nous en émerveillons afin que, par identification à nous, la mère s'en émerveille également.

Il aurait été souhaitable que la prise en charge psychothérapeutique liée à l'hospitalisation mère-bébé puisse se poursuivre mais, dans ce moment de fragilité, la mère a cessé d'y aller. Cette situation illustre bien que, parfois, le fait de mettre l'accent sur le corps du bébé permet tout de même de progresser sur le plan relationnel en soutenant la relation mère-bébé, sans toucher aux défenses nécessaires de la mère

qui, par ailleurs dans ce cas, est très investie dans le bien-être de son enfant.

Émergence du troisième temps au moment d'un nouage *RSI*

Le nouage entre les instances Réel, Symbolique et Imaginaire offre la possibilité d'une contenance au bébé. Ce nouage constitue la structure du sujet en lui donnant sa cohésion interne. Une cohésion interne qui toutefois est inextricablement entrelacée avec l'autre. C'est par le regard de l'autre que le bébé est auréolé d'illusion anticipatrice. C'est grâce aux signifiants de l'autre qui le reconnaît dans le miroir que le bébé associe son nom et son image. C'est par la place qu'il occupe dans l'autre avant même sa naissance que le bébé occupe une place symbolique. Ce sont les mots de l'autre qui délimitent cette place en la nommant. L'autre est garant de la cohésion interne du sujet en se faisant le relais autour duquel se ficelle la structure du bébé.

C'est ce nouage qui a permis l'émergence d'un troisième temps pulsionnel chez la petite Élisabeth. Nous avons dit que, dans le début de son apparition, le troisième temps pulsionnel n'est pas acquis une fois pour toutes. Bien qu'il émerge un jour de la part du bébé, certaines conditions peuvent le faire temporairement disparaître, lorsque le bébé est malade ou que son

environnement est sous tension, par exemple. Alors le bébé se referme et retourne dans son retrait relationnel. La nouvelle et précieuse acquisition se fait parfois attendre avant de se manifester à nouveau.

Le moment où le troisième temps pulsionnel apparaît pour la première fois lors d'un suivi thérapeutique est précieux. C'est le début d'un changement de direction dans la trajectoire développementale. C'est toujours extrêmement émouvant, et même surprenant. On l'attend, on met tout en place pour qu'il émerge, mais on demeure subjugué quand il arrive. Si c'est une séance filmée, c'est formidable. Le précieux moment est alors capté sur le vif. On est rassuré de pouvoir le revisionner ; ce n'était pas un simple fantasme de notre part.

C'est ce qui est arrivé avec la petite Élisabeth. Elle bénéficiait d'une prise en charge triple : en psychothérapie, en ostéopathie et en sensori-motricité. Elle nous a fait la grâce d'un troisième temps lors d'une séance d'ostéopathie, près de trois semaines avant de le manifester dans les autres lieux thérapeutiques. Nous allons détailler ce moment afin de faire ressortir tout ce qu'il a été nécessaire de mettre en place pour que ce troisième temps apparaisse.

Fig. 12. Exemple clinique de l'utilisation du nouage borroméen.

Instance	Définition	Manifestation
Réel	Enroulement de son bassin,	Nous avons une main sous son sacrum et une

	rassemblement du bas du corps et arrière-fond.	main sur son thorax, elle est rassemblée physiquement par les appuis que nous lui proposons.
Imaginaire	Les éloges, l'illusion anticipatrice.	« Le petit bonbon rose à la cannelle, le petit caramel, la princesse rose. »
Symbolique	La place que Éliisa occupe, nommée par la mère.	« La fille que j'attendais ! »

Éliisa était une petite fille de 4 mois et demi au moment de cette séquence. Elle présentait des mouvements généraux de mauvaise qualité (stade 3 décrit précédemment). Nous craignions pour elle un autisme avec déficit cognitif.

Éliisa avait une prédisposition naturelle pour la pulsion tactile. Elle aimait toucher, caresser souvent nos mains pendant que nous travaillions avec elle. Lors d'une séance, elle passe la main sur celle de sa maman ; nous nous exclamons (en parlant à sa place) : « Ah maman, tu as les mains tellement douces ! » La mère se saisit au vol de cette opportunité et joue le jeu avec nous de prêter aux gestes d'Éliisa des intentions adressées.

Puis nous complimentons Éliisa sur son petit pyjama rose, et sa tétine rose, j'ajoute : « Mademoiselle est une princesse rose ! »

La mère renchérit : « Oui, elle a un goût de bonbon rose, à la cannelle ! »

Et elle ajoute, en référence à ses trois aînés qui sont des garçons : « Je l'habille tout en rose, depuis le temps que je l'attendais, c'est la fille que j'attendais... »

Nous sautons sur l'occasion et répétons en nous adressant à Élixa : « T'as compris ce qu'a dit maman ? *La fille que j'attendais !* »

Et à ce moment précis, où nous avons eu l'impression de faire un bouquet avec tout ce qui émergeait graduellement, de plus en plus intensément entre nous trois, Léna tend ses doigts directement vers ma bouche. Nous le soulignons bien : « Ah, c'est délicieux, délicieux, Léna, le petit caramel rose. » Nous avons été très surprise et émue, donc après coup en regardant la vidéo, nous remarquons que nous n'avons pas été très démonstrative de notre jouissance et de notre émerveillement. Nous croyons cependant que Léna a bien senti notre émotion, et elle a répété le geste à plusieurs reprises.

Nous sommes convaincue que ce qui a permis l'émergence du 3^e temps pulsionnel chez Léna, à ce moment précis, a été la cascade d'événements qui se sont succédé. Les conditions étaient favorables ; et, après plusieurs mois d'une triple prise en charge hebdomadaire, son mouvement pulsionnel a enfin été dirigé vers l'autre. On voit aussi que ce n'est pas une recette miraculeuse qui fonctionnerait instantanément. Même là, après ce moment magique, on était loin d'avoir terminé le travail.

Léna avait accumulé déjà un certain retard cognitif et psychomoteur. Et comme elle était très douloureuse, nous avons parcouru encore un certain nombre de montagnes russes. Mais Léna venait d'amorcer un virage pour quitter la pente autistique sur laquelle elle était bien engagée.

L'effet de contenance du mamanais

Une des façons de rassembler le bébé, d'avoir un effet de contenance, est de s'adresser en lui en utilisant le mamanais. La voix chantante de l'adulte qui utilise le mamanais peut créer un effet de rassemblement spontané pour le bébé (captation qui dure le temps de l'échange avec le bébé si celui-ci n'a pas par ailleurs acquis une certaine construction corporelle). Le mamanais, qu'on appelle aussi le parentais (*motherese*, *parenthese* ou *infant-directed speech*), correspond aux caractéristiques de la voix d'un parent qui s'adresse à son bébé. Le mamanais a un caractère universel et transculturel. Il est caractérisé par une prosodie particulière avec des variations plus amples, un rythme ralenti et une tonalité moyenne plus aiguë ^[13]. La musicalité caractéristique du mamanais capte l'attention du bébé, même de celui qui deviendra autiste. La prosodie du mamanais favorise également l'acquisition du langage : « L'exagération des intonations, l'accent mis sur certains mots, ou sur certaines formes syntaxiques, le ralentissement, les répétitions, les modifications phonétiques,

œuvrent dans le sens de la catégorisation phonétique, de la reconnaissance et de la segmentation des mots et de la phrase, de l'acquisition de la syntaxe, et finalement du langage ^[14]. »

Dans la relation mère-bébé, la qualité de la prosodie traduit également une certaine charge affective, que l'enfant nourrit en répondant avec la même verve. C'est la réponse du bébé qui stimule en retour la qualité du mamais de la mère. Une boucle interactive s'établit en favorisant l'engagement émotionnel et relationnel de chaque partenaire de la communication. Le développement cognitif et social du bébé s'en trouve stimulé.

L'analyse des films familiaux d'enfants devenus autistes démontre que lorsqu'ils étaient bébés, ils présentaient déjà un déficit sur le plan des échanges et de la communication par rapport aux bébés normo-typiques appariés : « Nous avons pu montrer que, dès les six premiers mois, les bébés autistes, comparés aux bébés ordinaires, se tournent moins vers autrui lorsqu'ils sont sollicités, et qu'ils répondent significativement moins que les autres aux vocalisations parentales. Aux deuxième et troisième semestres, ils continuent à trop peu répondre aux vocalisations de l'adulte ; de plus, les réponses intersubjectives augmentent (comme chez les bébés normaux), mais cela reste insuffisant, et au troisième semestre, elles deviennent significativement inférieures à celles du bébé normal ^[15]. »

Face à cette diminution de la qualité de l'engagement dyadique de leur bébé, il est démontré que les parents y répondent bien avant que le diagnostic d'autisme ne soit posé pour leur enfant : « Dès le premier semestre de vie, ils déploient plus d'efforts pour stimuler leur bébé, recourant plus à des sollicitations intensives multi-modales, en vue d'obtenir quand même une réponse du bébé. Au deuxième semestre, on ne retrouve pas cette intensification des sollicitations par les parents, sans doute parce que les bébés autistes ont tendance à améliorer leur réactivité ^[16]. Mais au troisième semestre, alors que le manque de réactivité de ces bébés autistes s'aggrave, on observe que leurs parents tentent de s'adapter en continuant les sollicitations intensives et aussi les sollicitations tactiles, alors qu'à cet âge elles sont quasiment abandonnées par les parents de bébés normaux ^[17]. »

L'engagement des parents en vue de maintenir une relation avec leur enfant se trouve donc accru, soit par une augmentation de l'intensité de la stimulation de leur enfant, soit par l'utilisation d'une combinaison de modalités, comme le fait de le toucher lors de la communication pour attirer son attention. Cette manœuvre habituellement utilisée par les parents d'enfants normo-typiques s'estompe au fil du temps, mais persiste chez les parents d'enfants qui deviendront autistes. Ces sur--stimulations sont donc adaptées, de la part du parent, à la faible réponse du bébé lors des échanges et de la communication. La difficulté est que le bébé, dans son hypersensibilité, peut se refermer encore davantage, en réaction à un surplus de stimulations qu'il a du mal à gérer.

Comme il est démontré dans l'étude de Saint-Georges et ses coll., les parents détectent donc le faible niveau de réponse de leur enfant bien avant l'âge de 18 mois ^[18]. Ils y répondent en adaptant leur comportement pour favoriser l'échange avec leur enfant. Cette dernière étude conclut que la crédibilité devrait être accordée aux parents quant à ce qui suscite leur inquiétude dans la réponse de l'enfant à l'interaction qu'ils lui proposent.

Notes du chapitre

[1] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre X (1962-1963), *L'angoisse*, Paris, Le Seuil, 2004, séance du 15 mai 1963.

[2] ↑ *Ibid.*

[3] ↑ *Ibid.*

[4] ↑ G. Haag, *Le moi corporel. Autisme et développement*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge », 2018, .

[5] ↑ J. Lacan, *op. cit.*

[6] ↑ Voir à ce sujet M.-C. Laznik, *Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ?*, Toulouse, érès, 2016.

[7] ↑ Un quatrième rond (le Nom-du-Père ou le sinthome) pourra alors venir s'insérer afin que l'équilibre soit préservé. Mais ce sujet dépasse largement notre propos et nous ne le développerons pas ici. Disons simplement que chaque instance passe à deux reprises sur une autre afin que le nœud se tresse et que ce passage se fait dans un ordre spécifique.

[8] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973.

[9] ↑ M.-C. Laznik, *op. cit.*

[10] ↑ J. Lacan, *Écrits*, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien », 1966, p. 819.

[11] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, leçon du 20 mai 1964, *op. cit.*

[12] ↑ Nous le verrons dans la troisième partie.

[13] ↑ C. Saint-Georges, M.-C. Laznik, R. Cassel, « Perspectives cliniques et théoriques », *Cahiers de PRÉAUT*, n° 10, 2013, p. 137-144.

[14] ↑ *Ibid.*

[15] ↑ *Ibid.*

[16] ↑ Comme nous l'avons signalé également dans notre revue de littérature sur les films familiaux.

[17] ↑ C. Saint-Georges, M.-C. Laznik, R. Cassel, *op. cit.*

[18] ↑ *Ibid.*

9. Le champ pulsionnel

La recherche PRÉAUT

Créée par un groupe de psychanalystes, psychologues et pédopsychiatres praticiens de l'autisme, l'association PRÉAUT, Programme de recherche et d'études sur l'autisme, a été fondée en 1998. La recherche, étalée de 1998 à 2014, visait à trouver « un marqueur clinique suffisamment fiable, spécifique et facile à manier par des équipes non spécialisées, utilisable en clinique courante ^[1] ». Elle a également tenté d'abaisser l'âge de dépistage des troubles puisqu'un consensus règne désormais sur l'importance des interventions précoces en cas de risque d'autisme. Au moment de débiter cette étude, les psychanalystes prônaient une prise en charge précoce, mais c'était une idée très peu répandue auprès des professionnels s'intéressant à l'autisme.

Chez un bébé qui se développe normalement émergera, dès les premières semaines de vie, une compétence qu'on pourrait qualifier de relationnelle, qui sera un préalable essentiel à tout son développement cognitif ultérieur. C'est la capacité de relancer le lien à l'autre en accomplissant l'hypothèse du bouclage du circuit pulsionnel par le troisième temps déclenché par l'enfant, hypothèse élaborée par M.-C. Laznik ^[2]. L'idée a été

de mettre à l'épreuve de la réalité clinique ce signe, qui témoigne de la souffrance du lien. Le signe est positif si le bébé ne relance pas le lien vers l'adulte.

La recherche s'est déroulée sur 10 départements français et d'outre-mer, sur un échantillon de 4 822 enfants, sur 11 808 inclusions de départ. Elle s'est étendue dans les grandes villes, en milieu rural, chez la population suivie dans les dispositifs de PMI.

Elle a impliqué la formation de plus de 600 pédiatres sur des séminaires de trois jours. Ces séminaires traitaient du développement psychique du bébé et de l'intérêt de ce signe par rapport au risque d'engagement du bébé sur une pente autistique.

Les pédiatres devaient ensuite systématiquement tester cet indicateur, lors des examens du bébé à 4 et à 9 mois. Le fait qu'il n'y ait qu'un signe à détecter n'alourdissait pas la consultation médicale et s'appliquait dans le contexte habituel. La recherche comportait également un questionnaire à 12 mois (élaboré par Bursztejn et ses coll. au CHU de Strasbourg) et l'application du CHAT ^[3] à 24 mois.

Les bébés qui ne présentent pas de troubles particuliers cherchent, dès 4 mois, à susciter le regard de leurs proches, pour le plaisir. C'est ce qui est à la base de l'hypothèse des signes PRÉAUT : « Il y aurait, chez le bébé à risque d'évolution autistique, un ratage du circuit pulsionnel, c'est-à-dire une non-

apparition de la capacité à initialiser les échanges sur un mode ludique et jubilatoire ^[4]. »

Cette compétence du bébé est en quelque sorte un préalable au développement des habiletés cognitives : « Il doit y avoir, au cours des premiers mois de la vie, des situations psychorelationnelles qui antécèdent la cognition et la rendent possible. Ces situations devraient pouvoir être observées dans la relation entre le bébé et son autre familial (habituellement, ses parents), bien avant que les marqueurs cognitifs habituellement recherchés – le pointage proto-déclaratif et le jeu de faire semblant du CHAT, par exemple – deviennent observables au cours de la deuxième année ^[5]. »

La sensibilité du test PRÉAUT est telle que les bébés qui ne sont pas sur une pente autistique mais ont été placés avant 4 mois par suite d'une défaillance environnementale grave, ont eu un score positif ou incomplet à 4 mois, qui s'est estompé par la suite et est devenu négatif à 9 mois. C'est-à-dire que des effondrements environnementaux pendant la grossesse ou les premières semaines du post-partum, ou des difficultés périnatales, entraînent un signe positif à 4 mois, mais se résolvent parfois avec une modification de la réponse environnementale (bien que, sur l'ensemble de la cohorte, deux de ces bébés qui ont été testés positifs à 4 mois, puis négatifs à 9 mois, ont tout de même eu un diagnostic d'autisme à 2 ans).

Le test permet dans tous les cas de détecter précocement un avatar dans le développement du bébé, l'épreuve du 4^e mois

étant plus spécifique aux retards de développement en général. Outre un risque d'autisme, un test positif à 4 mois peut révéler un problème somatique ou un déficit cognitif grave.

Les conclusions générales concernant les corrélations intersignes de cette étude confirment que le résultat à 4 mois est très bien corrélé avec le résultat à 9 mois, ainsi qu'avec le CHAT à 24 mois. Un test positif à 4 mois est donc un clignotant à saisir afin de proposer une prise en charge précoce et adaptée.

Le troisième temps pulsionnel

Le test est basé sur l'absence de bouclage du circuit pulsionnel par l'enfant, c'est-à-dire l'absence de l'initiation du troisième temps pulsionnel par le bébé. En pratique, cela signifie que le bébé ne cherche pas à être regardé ni à susciter l'échange jubilatoire s'il n'est pas sollicité. Il ne cherche pas la passivation pulsionnelle, le *se faire* manger ou *se faire* regarder. Il y a une cohérence de ce test avec le jeu symbolique du CHAT où l'enfant offre pour de faux à boire à sa maman, en lui présentant par exemple une fausse tasse de thé. Le fait de se sentir être un bon bébé ou de penser qu'il a quelque chose à offrir de bon à boire à l'autre est un préalable à cette aptitude. Et c'est ce qui est déficient dans le signe PRÉAUT ; c'est-à-dire que le test est positif si ce signe est absent, si l'enfant ne fait pas le geste vers l'autre

de tendre son pied ou sa main pour être dégusté et se faire dire qu'il est savoureux.

La pulsion est, selon Freud, un concept limite entre le psychique et le somatique. Les premières expériences de satisfaction sont importantes pour la constitution de la vie psychique. La pulsion se déroule en trois temps : d'abord un temps actif lors duquel le bébé cherche un objet de satisfaction, par exemple le sein de sa mère. Puis un temps passif où il utilise une partie de son corps en tant qu'objet de satisfaction, par exemple son pouce. Et le troisième temps, réflexif, où il se fait l'objet de la jouissance de l'Autre, par exemple en présentant sa main ou son petit pied pour que sa mère, en place d'Autre, le déguste avec plaisir : « Ah, mais comme il est bon, ce bébé-là ! » Cette troisième étape de la pulsion, ce retournement du sujet et de l'objet est essentiel pour boucler le circuit pulsionnel. « C'est-à-dire que l'enfant s'assujettit à un autre, lequel va devenir le sujet de la pulsion du bébé. Il y aurait là, à la naissance même de la question du sujet chez l'être humain, la forme radicale d'une nécessaire aliénation ^[6]. »

Le circuit pulsionnel n'existe donc pas isolément et une condition de la satisfaction pulsionnelle passe par la présence d'un autre ; c'est à partir de cet aller-retour avec l'autre que la pulsion se structure et que le sujet se met en place. « Ce qui est fondamental, au niveau de chaque pulsion, c'est l'aller et le retour où elle se structure ^[7]. »

La mise en route du troisième temps pulsionnel est donc un moment où la pulsion agit le bébé, elle le rend actif, elle est le moteur qui lui permet de se faire objet d'un autre, donc instaure l'autre en place de sujet. D'où la précision de Freud lors de sa description du troisième temps, à propos de la pulsion scopique : « Introduction d'un nouveau sujet auquel on se montre pour être regardé par lui ^[8]. » C'est à ce moment que le bébé accuse réception qu'il y a un autre différent de lui, auquel il s'aliène. La pulsion est toujours active, elle reste un moteur, mais le but, lui, peut être passif : « Toute pulsion est un morceau d'activité ; quand on parle, d'une façon relâchée, de pulsions passives, on ne peut rien vouloir dire d'autre que pulsions à but passif ^[9]. »

Nous devons donc prendre au pied de la lettre l'expression « mise en route du circuit pulsionnel » : la pulsion est un moteur actif, qui entraîne un mouvement actif de la part du bébé, quand elle n'est pas court-circuitée avant d'atteindre son but. En nous appuyant sur l'apport majeur de l'étude PRÉAUT en matière de détection des nourrissons en retrait relationnel, revoyons en détail le concept freudien de pulsion.

La pulsion selon Freud

Compte tenu de la place centrale que nous donnons à la notion d'émergence pulsionnelle dans notre argumentation, reprenons

en détail l'évolution du concept de pulsion selon Freud^[10]. Il nous semble en effet utile de voir le trajet général que Freud donnera au concept de pulsion pour mieux en saisir l'importance fondamentale.

Quand Freud crée le mot « métapsychologie » en 1895, il en vérifie l'utilité auprès de son ami Fliess. Il cherche alors le terme juste pour parler de sa théorie, un mot qui permette de penser au-delà du conscient. Pour Freud, ce n'est pas l'inconscient qui est à la base de sa métapsychologie mais la pulsion, qui en est bel et bien le concept fondamental : *Grundbegriff*, littéralement le « concept de fond ». La pulsion est pour Freud le concept fondamental de la psychanalyse et la base de l'édifice métapsychologique. La notion de pulsion existait déjà dans la psychologie allemande, par exemple chez Wilhelm Wundt^[11]. Mais Freud la reformule pour penser l'ensemble de sa théorie psychanalytique, de l'autoérotisme à la pulsion de mort. C'est la pulsion qui est à la base du refoulement, puis le refoulement qui engendre l'inconscient. La pulsion et ses différents destins sont le moteur même de la vie psychique.

Freud utilise le mot *Trieb* quand il parle de pulsion, du verbe *trieben* qui veut dire « pousser. » « Ressentir une pulsion, c'est ressentir une poussée », une poussée provenant de l'intérieur. C'est une notion que Freud associe aussi avec l'idée de force, de tension et de mouvement.

La distinction entre pulsion et instinct est déjà présente chez Freud. L'être parlant a aussi des instincts animaux, mais la pulsion, c'est tout autre chose. Même un nourrisson affamé au réveil le matin a une appétence pour la relation et s'abreuve des mots de sa mère... jusqu'à un certain point. À la pulsion est inhérente l'idée d'une recherche de satisfaction, satisfaction qui ne viendra que partiellement l'apaiser, créant ainsi un phénomène de répétition. La pulsion ne s'apaise jamais vraiment totalement après la satisfaction, l'objet trouvé n'étant pas complètement conforme à l'objet recherché. La chute de tension apportée par une satisfaction ne sera que temporaire. La poussée constante est toujours à l'œuvre.

Depuis l'*Esquisse* (1896-1897), ses premières réflexions sur le corps et ses grands besoins, les premiers grands foyers pulsionnels et l'excitation (*Reiz*), Freud s'interroge sur ce qu'il en est de la douleur et de l'expérience de satisfaction.

Quand l'excitation, point de départ de la pulsion, ne se met pas en route vers la pulsion, elle demeure un pur biologique, insoutenable, irrépressible, sans objet, sans but et sans expérience de satisfaction. Sans être du côté de la douleur, un frémissement perpétuel dû à une excitation qui n'aboutit pas en pulsion ne contribue pas à nourrir la vie psychique. La pulsion, selon Freud, vient tout juste après l'étincelle qu'est l'excitation ^[12], elle est déjà de l'ordre de la propagation et du mouvement, d'où l'importance de la notion de poussée ; c'est une force suffisante pour induire une poussée, donc un mouvement.

Freud poursuit son exploration des pulsions sexuelles en 1905 avec ses *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Il précisera son développement avec un ensemble qui devait comporter douze essais mais qui n'en a que cinq, intitulés *Métapsychologie* (1915). Le premier de ces essais est consacré à *Pulsion et destin des pulsions*, où Freud pose clairement la pulsion comme concept fondamental. Il institue alors la position limite de la pulsion, comme fait psychique ayant une origine somatique. Il souligne son caractère de constance, celui d'une poussée continue qui assure de ce fait une certaine continuité à la vie psychique. C'est dans cette définition classique de la pulsion que Freud en précise les quatre paramètres : la pulsion est une poussée psychique ayant sa source dans le corps, dont le but est la satisfaction au moyen d'un objet. La décharge d'affect est une des fins possibles du trajet de l'excitation initiale. Freud décrit quatre destins aux pulsions : le refoulement et la sublimation, ainsi que deux destins qui seront éclairés par un nouvel essai sur le narcissisme, le retournement sur la personne propre et le renversement en son contraire.

En 1913, en réponse à Jung sur l'autoérotisme, Freud pose le geste *d'introduire le narcissisme* dans sa doctrine pulsionnelle. La pulsion était surtout objectale avant que Freud introduise ce nouvel objet : le Moi. La dialectique entre la libido du Moi et la libido d'objet sera revue en termes de pulsions de vie (regroupant pulsion de vie et pulsion d'objet) et l'introduction de la pulsion de mort en 1920 dans *Au-delà du principe du plaisir*. La pulsion de mort est introduite sur la base de l'observation que fait Freud de son petit-fils avec son *fort-da*

répétitif du jeu de la bobine, et des chocs post-traumatiques liés aux traumatismes de guerre et du chemin de fer, dont il constate les effets dans son cabinet.

Avec *Le Moi et le Ça* (1923) et l'introduction de sa seconde topique, Freud instaure une véritable instance psychique pulsionnelle de la personnalité, le Ça, instance pulsionnelle liée à l'Éros sans autre programme que la recherche de satisfaction et le principe de répétition, donc paradoxalement entremêlée à la pulsion de mort du fait de son appétence pour la répétition.

Lacan

Pour Lacan, la pulsion n'est pas le concept central de la psychanalyse, mais elle en est tout de même un des quatre concepts fondamentaux, avec l'inconscient, la répétition et le transfert. Lacan souligne les trois temps de la pulsion déjà décrits par Freud, en insistant sur le troisième, le temps du *se faire*, où le bébé se fait objet d'un autre ; ce qui signe que la présence d'un Autre est donc prise en compte pour le bébé. Pour rappel, dans le premier temps, actif, la pulsion du bébé va vers un objet externe, par exemple le sein maternel ; lors du deuxième temps, passif, le bébé utilise son corps propre comme objet, en suçant son pouce par exemple. Ce n'est que lors du troisième temps que le bébé prend en considération la présence d'un Autre en face duquel il se fait objet, *en se faisant* regarder,

entendre ou déguster. La pulsion ratera forcément son objet, puisque l'objet ne sera jamais exactement tel qu'il est attendu.

Pour Lacan, dans le séminaire XI, les pulsions sont les pulsions sexuelles. Il regroupe les pulsions d'autoconservation dans le champ narcissique de l'amour. Et surtout, il distingue clairement la pulsion sexuelle du fait biologique. Lacan insiste sur le fait que les pulsions ne sont toujours que des pulsions partielles, du fait du ratage de l'objet : « Ce caractère partiel de la pulsion, ce ratage et cet inachèvement incitent encore Lacan à inscrire là l'origine du morcellement corporel fondamental du sujet et à dénoncer le leurre que représente la notion d'une génitalité unifiée, c'est-à-dire d'un stade subjectif où les pulsions seraient toutes réunies pour répondre d'une seule voix à une fonction globale, par exemple de procréation ^[13]. » Nous verrons que le morcellement corporel fondamental trouve une unification par le stade du miroir, grâce à l'image spéculaire.

Marie-Christine Laznik

Véritable pionnière dans la clinique des bébés en retrait relationnel, M.-C. Laznik a littéralement révolutionné la prise en charge de ces bébés. On lui doit aussi la théorisation qui a mené à la grande étude PRÉAUT, pan-nationale, d'une importance capitale dans la détection des bébés à risque d'autisme dès 4 mois. Elle a en outre œuvré pour que la prise en charge

transdisciplinaire de ces bébés soit instituée d'emblée, en collaboration avec les psychomotriciens sensibilisés aux travaux d'André Bullinger, dès la détection des premiers signes.

C'est grâce à son expérience clinique en tant que psychanalyste auprès des nourrissons en retrait relationnel que M.-C. Laznik, ayant une connaissance approfondie de l'œuvre de Lacan, a pu réinterroger la question de la pulsion. Elle a remarqué dans sa propre clinique, et par l'observation des films familiaux d'enfants devenus autistes, que les bébés en retrait relationnel peuvent répondre à une sollicitation excitante, des chatouilles par exemple. Ils peuvent même regarder leur parent si celui-ci a une prosodie du mamanais, s'émerveillant devant les prouesses de son bébé.

Mais le bébé en retrait relationnel ne prend pas la mesure qu'il est une source de jouissance pour son parent. Ce que ne font pas les bébés qui deviendront autistes, c'est relancer le lien, le provoquer, se faire objet pour un autre, pour déclencher son plaisir. C'est ce que veut dire l'expression « décrocher la jouissance de l'Autre ». Un bébé typique fera tout pour déclencher le rire ou la joie de son parent. C'est ce que M.-C. Laznik a repéré dans le graphe du désir que Lacan avait élaboré en 1960 dans son texte *Subversion du sujet et dialectique du désir*^[14] : la poussée pulsionnelle du bébé vise à atteindre la jouissance de l'Autre.

Une autre lecture personnelle de M.-C. Laznik concerne son explicitation de la notion de représentation du désir

(*Wunschvorstellung*). Quand le bébé décroche la jouissance de l'Autre, quelque chose s'inscrit pour lui au niveau du pôle hallucinatoire de satisfaction. Ce sont les coordonnées de plaisir de ce *das Ding*, cet Autre, que Freud mentionne dans l'*Esquisse* : « Les complexes perceptifs qui partent de ce prochain seront dans ce cas en partie nouveaux et incomparables, par exemple dans le domaine visuel de ses *traits* ^[15]. » La jouissance de l'Autre et les coordonnées de plaisir de cet Autre sont ce que le bébé cherche à décrocher dans un mouvement pulsionnel vers lui. C'est ce que Lacan a également souligné : « Ce n'est pas lui (*das Ding*, l'Autre absolu du sujet) que l'on retrouve, mais ses coordonnées de plaisir ^[16]. »

Nous reviendrons plus loin sur cette expérience de satisfaction hallucinatoire décrite par Freud dans l'*Esquisse*. Mais ce qui est important à souligner dès à présent, c'est le caractère fondamental des trois temps du circuit pulsionnel. Une fois que les trois temps ont été expérimentés par le bébé, que la boucle du circuit pulsionnel a été complète, il peut revenir à un autoérotisme, au deuxième temps de la pulsion, sans que ce soit problématique, parce que l'autre sera inscrit dans sa pensée. Un bébé qui deviendra autiste peut aussi sucer son pouce (deuxième temps pulsionnel), mais il le fera sans que l'Autre soit associé de façon hallucinatoire à son geste, il ne *pense* pas l'Autre lors de son geste autoérotique. Et c'est tout le problème de l'autisme – un érotisme sans l'Éros, sans la marque du lien à l'Autre. Or, tel que Bleuler l'a introduit en utilisant pour la première fois le terme d'autisme en 1911 dans son traité « *Dementia praecox* ou groupe des schizophrénies », si on retire

« éros », *autoérotisme* se lit *autisme*. Chez le bébé à risque d'autisme, les deux premiers temps pulsionnels demeurent des gestes autoérotiques où l'Autre est absent tant que le troisième temps pulsionnel ne se met pas en place. En revanche, une fois que le circuit pulsionnel complet est bouclé, les deux premiers temps peuvent se faire avec l'Autre sous-entendu en toile de fond.

Marie Couvert

La lecture que fait M. Couvert de la clinique pulsionnelle du nourrisson est d'un grand apport. S'inscrivant dans la lignée de Freud, Lacan et de M.-C. Laznik, Marie Couvert tire un fil opérant pour nous aider à trouver la singularité de chaque bébé. Une des particularités de son regard est d'avoir repéré ce qui insiste pour tel bébé, et d'en voir ainsi la spécificité pulsionnelle particulière pour ce bébé. « Cela conduit à saisir chez le nouveau-né le trait qui l'anime, celui par lequel il fait acte de présence d'une manière qui le rende absolument unique, sa signature en quelque sorte ^[17] . »

Psychanalyste d'expérience auprès des bébés en difficulté relationnelle, elle a également détaillé des exemples cliniques relatifs à chacun des trois temps de chaque pulsion.

Nous avons trouvé un intérêt particulier à son apport quant à la pulsion tactile. En effet, comme toute pulsion, nous pouvons la

décliner en trois temps : premier temps : le bébé touche l'autre ; deuxième temps : le bébé touche son propre corps ; troisième temps : le bébé se fait toucher par l'autre. La pulsion tactile a une double caractéristique, on est soi-même touché quand on touche l'autre, le toucher est donc une modalité d'emblée relationnelle.

Nous avons remarqué qu'un certain nombre de bébés sont très sensibles à cette modalité du toucher. C'est le cas pour ceux qui ont des mouvements généraux perturbés, par exemple la petite Élisabeth, dont les mouvements de flexion-extension de la main droite ressemblent plus à un balayage continu qu'à une véritable caresse. C'est un mouvement qui semble non intentionnel et sans adresse. Si M. Couvert n'avait pas élevé le tactile au rang de pulsion, nous serions passée à côté de toutes ces caresses volées qui se jouent entre Élisabeth et sa mère. En suivant ce fil conducteur qui nous fait supposer le sujet chez le bébé afin qu'il émerge, nous relevons au passage les moments où la main d'Élisabeth frôle le bras de sa mère, tout en parlant à la place du bébé : « Ah maman, tu as la peau tellement douce ! » Ainsi, subtilement, la mère a l'impression que sa fille aime la toucher, qu'elle cherche à caresser sa peau. Ce petit être dont les gestes hasardeux sont si difficiles à interpréter devient, sous un regard voilé par l'illusion anticipatrice, une fillette qui aime caresser sa maman. La maman, véritable cothérapique, n'a pas manqué de répondre à cette sollicitation en caressant en retour la main de sa fille : « Toi aussi, ma princesse, tu as les mains si douces ! »

C'est ainsi qu'en pulsionnalisant les gestes naturellement présents entre la mère et sa fille, en leur donnant une intention pulsionnelle, on aide le bébé à être un bon objet de pulsion pour sa mère, il devient libidinal. On instaure un lien pulsionnel entre la mère et son bébé. Ce lien pulsionnel se met d'emblée en route dans une relation qui n'est pas entravée. Mais la boucle pulsionnelle a sans cesse besoin d'être démarrée par le thérapeute quand elle ne se met pas en route spontanément. Donc une partie du travail du psychanalyste consiste à enrober les gestes qui semblent être non intentionnels, à les enrober d'une intention adressée, afin que la pulsion trouve une destination. La boucle des trois temps de la pulsion demeure un fil conducteur important.

Le pas de plus que M. Couvert nous invite à franchir est de voir une intention dans ce que nous présente le bébé, et qui peut nous sembler être un symptôme. Elle nous suggère de modifier notre point de vue afin d'y voir une trouvaille du bébé, qui nous enseigne ainsi qu'il en sait un bout sur la dynamique de ce qu'il vit. Elle nous propose, de notre place de psychanalyste, d'accuser réception de ce que le bébé nous offre, d'en prendre acte pour « lui restituer un certain savoir et, du même coup, lui offrir une place de sujet ^[18] ». Elle nous invite donc à voir le symptôme non pas comme quelque chose à éradiquer mais comme une création spécifique du bébé, mû par une pulsion, pulsion essentielle à l'émergence de la vie psychique. « Auréoler le symptôme, ce serait peut-être une façon de poser un autre regard sur ces bébés ^[19] . »

Nous devons à M. Couvert d'avoir souligné l'analogie entre le schéma d'extension et le cri du bébé : dans les deux cas il s'agit d'une décharge, mais c'est un acte adressé qui appelle une réponse de la part de l'autre. C'est à nous en place d'autre de s'en faire le lieu d'adresse, pour qu'ainsi la décharge devienne un processus subjectif, un appel qui attend une réponse. C'est de notre place qu'on peut répondre au bébé avec cette intention : lui redonner sa place de sujet, en faisant du geste qu'il nous adresse un geste subjectif intentionnel et adressé. La réponse qui bien sûr, dans le cas du schéma d'extension, est une demande de contenance, de rassemblement, d'apaisement.

Nous avons vu que Freud, en faisant de la pulsion le concept fondamental de tout son édifice métapsychologique, en fait le moteur de la vie psychique. Le fait de porter notre attention « là où ça insiste » permet de retrouver un point de vue subjectif. C'est ce qui permet de quitter le biologique afin d'y voir un sujet. C'est la principale réserve quant au détour réalisé par les études de cohorte ou en comparaison de groupes, dans l'observation des mouvements généraux, par exemple : c'est certes indispensable pour prendre acte que les bébés que nous recevons en retrait relationnel ne sont pas des bébés typiques mais des bébés dont l'équipement biologique est altéré ; cependant, une fois que l'on accuse réception de cet état de fait, il faut changer de lunettes et voir la spécificité de chaque sujet, comment il se débrouille avec la spécificité de son histoire. Et c'est là que la clinique du pulsionnel est un outil inestimable. Comment faire avec son symptôme, c'est d'abord comment faire avec ce corps qui ne semble pas répondre aux

sollicitations, et surtout, ne semble pas proposer d'élan pulsionnel vers l'autre. La clinique du bébé nous demande un aller-retour constant entre les généralités (qui nous permettent de repérer des signes cliniques fondamentaux) et la spécificité qui est indispensable à la mise en route d'un sujet dans sa singularité.

C'est la raison pour laquelle l'approche psychanalytique nous semble être la réponse la plus appropriée à la réanimation psychique des bébés en retrait relationnel. C'est une approche qui nous permet de penser le bébé au-delà de ce qu'il nous présente, avec son corps si difficile à accorder à la relation. Et surtout, qui nous donne la possibilité de tirer un fil pour faire émerger le sujet, avec ce que le sujet qu'il est nous présente déjà, si infime soit-il.

C'est avec les questions : « qu'est-ce que ce bébé cherche à me dire, qu'est-ce qu'il me montre de lui, que cherche-t-il à m'enseigner ? » que nous avons pu accueillir Amael ^[20], dans son incessant besoin de se sauver. Ce bébé de 7 mois cherchait une voie d'évitement par son regard, mais aussi par son corps. Il se faufilait par tous les interstices qu'il trouvait, entre les coussins, entre mon bras et mon corps, entre des jouets. Amael semblait n'avoir qu'une idée en tête, se sortir de là !

C'est parce qu'on lui a reconnu activement cette intention, et surtout ce savoir sur la situation, qu'Amael est passé d'un objet-symptôme à une place de sujet qui en sait un bout sur son histoire. La mère a elle aussi, dans une identification positive,

attribué ce savoir à son fils. Plutôt que de le voir uniquement comme un bébé agité, elle a pu entendre son désir de sortir de là. Dans sa finesse et sa sensibilité particulière, elle a pu contacter son sentiment de détresse à voir son fils la quitter, à quitter son ventre dans lequel elle le sentait en sécurité. Elle a ainsi déplié sa propre difficulté à trouver sa place dans le monde et sa peur qu'il en soit de même pour Amael.

Le croisement des pulsions

Plusieurs psychanalystes s'occupant de bébé se sont intéressés à l'importance du croisement des pulsions pour que celles-ci s'inscrivent psychiquement. C'est une des difficultés des bébés en retrait relationnel et des enfants autistes : ils fonctionnent dans un registre à la fois ; ils peuvent regarder mais sans être touché, ou téter au sein mais sans regarder leur mère, ou vocaliser mais en regardant le plafond. Ce démantèlement a été aussi repéré par D. Meltzer qui a développé le concept de démantèlement sensoriel ^[21], où chacun des sens fonctionne individuellement. Chantal Lheureux-Davidse a aussi insisté sur ce fait clinique des enfants autistes plus grands, en proposant que ce mécanisme est utile pour préserver le lien ^[22], car il permet à l'enfant d'être en lien sur un mode qui lui est supportable. Le manque de tamis du système nerveux de ces bébés, dont parle Freud dans *l'Esquisse*, ne leur permet pas de gérer simultanément différentes sources pulsionnelles. C'est

une raison de plus qui nous fait penser que la psychanalyse, attentive à l'importance de l'intégration des différents registres pulsionnels, est une piste de choix au problème *d'équipement* qu'est le corps du bébé. Le travail de réanimation psychique est en fait un travail de réanimation pulsionnelle, entre le bébé et ses parents. Et une des étapes de ce travail est le croisement délicat des pulsions. Au même titre que le principe de -comodalité sensorielle proposé par Daniel Stern dans son concept sur l'accordage. Par le plaisir partagé, l'intégration des voies sensorielles est facilitée. Par la jouissance de l'Autre, l'intégration des différents registres pulsionnels peut s'inscrire.

Le troisième temps du côté de l'analyste : la pulsion d'emprise ^[23]

Pour conclure cette section sur les trois temps de la pulsion, nous faisons un petit pas de côté pour explorer une proposition que Bernard Vandermersch ^[24] a développée. Sa trouvaille, le troisième temps de la pulsion d'emprise, apporte un éclairage qui nous semble fort intéressant quant à la place de l'analyste. Loin de subir le transfert, l'analyste, dans une position subjective assumée, se prête activement au jeu du troisième temps pulsionnel en *se faisant* l'objet de la pulsion d'emprise de son analysant.

Cette façon pour l'analyste de se positionner activement plutôt que d'être une simple surface passive de projection pour l'analysant, permet à ce dernier de lâcher la prise sur son analyste quand le temps sera venu.

Notes du chapitre

[1] ↑ G.C. Crespin, « La recherche PRÉAUT : 1998-2014, quinze années d'évolution des conceptions des troubles, des pratiques cliniques et institutionnelles », dans *Autismes et psychanalyses. Évolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, érès, 2014, p. 240.

[2] ↑ M.-C. Laznik, « 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*, vol. 25, n° 2, 2006, p. 53-81.

[3] ↑ CHAT : *Checklist for Autism in Toddlers* (Liste de vérification de l'autisme chez les bambins). Test pour les enfants âgés de 16 à 30 mois, qui évalue entre autres le pointage proto-déclaratif et le jeu symbolique.

[4] ↑ G.C. Crespin, op. cit., p. 242.

[5] ↑ www.preaut.fr

[6] ↑ M.-C. Laznik, « PRÉAUT : une recherche et une clinique du très précoce », *Contraste*, n° 25, 2006, p. 53-81, paragraphe 26.

[7] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973, p. 162.

[8] ↑ S. Freud, *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 2009, p. 29.

[9] ↑ *Ibid.*, p. 18.

[10] ↑ Cette section s'inspire des cours donnés par Paul-Laurent Assoun à l'université Paris-Diderot, entre 2014 et 2017, et plus particulièrement du cours « La genèse de la pulsion chez Freud » où P.-L. Assoun retrace la dynamique même de l'évolution du concept de pulsion au fil de la théorie freudienne.

- [11] ↑ P.-L. Assoun, *L'excitation et ses destins inconscients*, Paris, Puf, 2013.
- [12] ↑ Nous reviendrons en détail sur la notion d'excitation dans le chapitre dédié à *l'Esquisse* de Freud.
- [13] ↑ R. Chemama, B. Vandermersch (sous la direction de), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009.
- [14] ↑ J. Lacan, *op. cit.*
- [15] ↑ S. Freud, *op. cit.*
- [16] ↑ J. Lacan, *op. cit.*, séance du 9 décembre 1959.
- [17] ↑ M. Couvert, *La clinique pulsionnelle du bébé*, Toulouse, érès, 2018.
- [18] ↑ *Ibid.*
- [19] ↑ *Ibid.*
- [20] ↑ Nous reviendrons sur l'histoire d'Amael dans la section sur les plagiocéphalies, p. 230.
- [21] ↑ D. Meltzer et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot & Rivages, 2002.
- [22] ↑ C. Lheureux-Davidse, « Entendre pour regarder dans la clinique de l'autisme. D'où vient cette voix qui me fait exister ? », dans *La voix aveugle, voix/psychanalyse*, Paris, Solilang, coll. « Solipsy », 2012, p. 78-94.
- [23] ↑ Voir également le développement de H. Bentata sur la pulsion de portage, dans le n° 49 du *Journal français de psychiatrie*, 2020.
- [24] ↑ Au Grand Séminaire de l'Association lacanienne internationale, le 11 juin 2019.

10. L'excitation comme prémices à la pulsion

Il pourrait sembler évident que l'excitation trouve toujours sa route vers la pulsion ; il ne serait alors pas utile de départager le moment entre la survenue de l'excitation et celui de son passage à la pulsion. Or la clinique du nourrisson en retrait relationnel nous enseigne qu'il n'en est rien. Il n'y a aucun passage automatique de l'excitation frémissante à la constitution d'une pulsion, il existe même tout au contraire une véritable obstruction à ce passage, qui est le schéma d'extension. Le schéma d'extension est une voie de dispersion des excitations, par la décharge motrice. Particulièrement sous sa forme de réflexe tonique, le schéma d'extension opère un véritable court-circuit dans la circulation du système énergétique. Il est visible dans la réaction du nourrisson à la douleur, car comme c'est le cas pour toute variation de flux sensoriel, la douleur déclenche un réflexe d'extension.

Nous verrons avec l'*Esquisse* de Freud que, lorsque le Moi ne remplit pas sa fonction d'inhibition, l'énergie prend le plus court chemin vers la décharge. Autrement dit, c'est grâce à la résistance que le Moi opère sur la circulation de l'énergie, que celle-ci ne se décharge pas vers la voie de la plus faible résistance. La mainmise du Moi sur le circuit énergétique est même contraire au principe de base du système énergétique

qui est le principe d'inertie. En augmentant la résistance au niveau des barrières de contact et en déviant l'énergie vers des voies transverses de frayage, celle-ci ne sera pas évacuée directement comme elle le serait par la décharge motrice ou même par le rêve, deux voies liées au processus primaire décrit par Freud. La décharge du processus primaire ne permet pas en retour au Moi de se constituer pour affronter la réalité extérieure, car cette décharge dissipe l'énergie dont il aurait besoin. Nous verrons que c'est par la pensée et le souvenir d'une expérience de satisfaction que le Moi suspend la décharge motrice.

C'est ainsi que Freud explique le fonctionnement du système nerveux et de l'organisation psychique en 1895. En s'opposant au processus primaire qui consiste en pure décharge d'énergie, le Moi permet à l'énergie de s'accumuler. Cette accumulation d'énergie pourra en retour être utilisée dans les processus secondaires, processus de mise en route vers la réalité extérieure. Les processus secondaires serviront à leur tour à rechercher dans la réalité l'objet de satisfaction, et à atténuer les sources externes provoquant une douleur.

Qu'est-ce que l'excitation ?

Dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), Freud tente de cerner la genèse du concept de la sexualité infantile. Il

décrit le corps du nourrisson comme fourmillant d'excitations, qui peuvent être pour lui une source de plaisir : « Sans doute l'excitation produisant le plaisir est-elle liée à certaines conditions, que nous ne connaissons pas ^[1]. » Plus loin, essayant de départager ce qui relève de la douleur et du plaisir, il ajoute : « N'importe quelle région de l'épiderme ou de la muqueuse peut servir de zone érogène [...]. C'est donc la qualité de l'excitation, bien plus que les propriétés de la région du corps excitée, qui importe dans la sensation de plaisir ^[2]. »

Ce qui relève du plaisir pour un nourrisson semble être lié à une spécificité mystérieuse sans cause prédéfinie : « L'enfant qui suce, pour trouver de la volupté, recherche et choisit sur son corps un endroit quelconque qui, par l'habitude, deviendra l'endroit préféré ^[3]. » Freud fera même un parallèle avec l'hystérie, dans laquelle le refoulement a induit un transfert de l'excitabilité des zones érogènes vers d'autres régions du corps. Il précise donc que, tel qu'on l'observe chez le bébé, tout le corps est excitable : « D'ailleurs, tout comme pour la succion, n'importe quelle partie du corps peut acquérir l'excitabilité de l'appareil génital et s'élever au rang de zone érogène ^[4]. »

À l'instar de ce qui s'observe pour la motricité, où l'autre occupe une place d'attracteur, de point pivot central organisateur, le caractère chaotique de l'excitation trouvera une issue grâce à l'autre. L'objet de satisfaction sera instauré en place de but à atteindre pour le bébé, vers lequel il organisera son circuit pulsionnel. C'est autour de ce point pivot que la pulsion tentera de faire sa boucle, même si elle ratera toujours

un peu son objet. D'abord étayée sur les pulsions d'auto-conservation, puis en boucle sur elle-même dans l'autoérotisme, la pulsion se constituera pleinement dans le troisième temps pulsionnel. Mais revenons encore au tout premier temps de la pulsion, au moment où elle n'est encore qu'à un stade de vague excitation diffuse et non organisée (c'est-à-dire qu'elle n'est pas encore un élément moteur pour le nourrisson, elle ne *l'agit* pas encore). Faisons un arrêt sur image à cet instant. Un nourrisson envahi de douleur est submergé d'un trop plein d'excitations que l'autre ne parvient pas à apaiser. L'autre ne sera pas institué alors comme lieu d'adresse de la pulsion. L'expérience de satisfaction est le socle sur lequel se constitue la pulsion.

Paul-Laurent Assoun retrace le chemin métapsychologique du concept de l'excitation dans l'œuvre de Freud, depuis sa genèse jusqu'à ses différents destins ^[5], trajet qui suit les méandres empruntés par le concept de pulsion, tout en s'en distinguant. Il nous précise l'étymologie des termes *Reiz* ou *Erregung*, que Freud utilise sans les distinguer formellement, avec leurs dérivés respectifs : *Reiz* désigne ce qui agit de l'extérieur, comme le fait un stimulus. Le terme est aussi utilisé pour ce qui apporte du plaisir, mais toujours associé à cette notion de tension, liée à l'excitation. Ses dérivés sont : *Reizbarkeit* (l'excitabilité), *Reizquelle* (la source d'excitation), *Reizaufnahme* (l'accumulation d'excitation), *Reizschutz* (le pare-excitation).

Avec *Erregung*, l'excitation est davantage du côté du mouvement: « Séisme intérieur, petit ou grand, qui fait le passage – interne – de l'excitation à la pulsion. L'*Erregung*, procède donc de l'incitation (*Anregung*). Au-delà, il faut placer l'*Aufregung*, la surexcitation ^[6]. » *Erregung* est donc l'excitation interne, ou l'excitation proprement dite.

Nous avons vu que *Trieb* est la pulsion : quand *Trieb* est associé à *Reiz*, on obtient *Triebreiz* (action de la pulsion sur le psychisme); et quand *Trieb* est associé à *Erregung*, *Trieberregung* (la pulsion mue par le mouvement, intériorité pulsionnelle).

Ces précisions, pas à pas, nous amènent à mieux cerner les concepts d'excitation et d'excitabilité que nous mettrons en lien avec l'*Esquisse* de Freud. « Le champ sémantique paradigmatique de l'excitation (*Erregung*) en dessine les enjeux économiques. Les processus d'excitation (*Erregungsvorgänge*) relèvent en effet de la quantité – on parlera de “sommés d'excitation” (*Erregunssumme*). Cela suppose de prendre en compte la “répartition” (*Erregungsverteilung*). L'excitation délimite les berges d'un fleuve. En amont, il s'agit d'en chercher les sources (*Erregungsquellen*). En aval, elle tend à la décharge ou “éconduction” (*Erregungsabfuhr*) ^[7]. »

En tant qu'agent initiateur de la pulsion – qui, rappelons-le, est le concept fondamental de la métapsychologie freudienne et le moteur de toute la vie psychique, – l'excitation se situe au frémissement de la pensée freudienne. Toutefois, elle ne se

laisse pas facilement saisir puisque « la métapsychologie commence à travailler tout de suite au-delà, quand l'excitation s'est spécifiée en quelque sorte en pulsion ^[8] ».

Le concept d'excitation chez Freud, tel que le retrace P.-L. Assoun, prend naissance dans l'*Esquisse* (1895), il est en aussi question dans le chapitre VII de la *Traumdeutung* (1900). Freud y revient dans ses *Trois essais* (1905), dans ses *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques* (1911) et dans *Pulsions et destins des pulsions* (1915). Il y ajoutera son concept de « pare-excitation » dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920).

Une autre vue avant-gardiste de Freud quant à la clinique du nourrisson en retrait relationnel est qu'il n'y a pas de pare-excitation interne. Le bébé ne peut donc pas échapper à sa douleur d'origine interne, comme le reflux ou les troubles gastro-intestinaux, ni aux douleurs relatives aux séquelles des complications périnatales.

L'excitation serait donc résolument du côté organique de la pulsion, du côté du corps, d'où elle tient sa source : « La pulsion est ce qui justement vient rabattre la psyché sur l'origine excitationnelle ou inscrire l'excitation au cœur de la dynamique psychique. » Et le déclenchement de l'excitation est régi par une dynamique économique, en termes de quantité d'excitation.

Ces excitations qui nourrissent la pulsion sont, pour Freud, d'origine endogène en lien avec les zones érogènes, mais sans être restreintes aux orifices puisque la peau, les muqueuses et

l'ensemble du corps sont susceptibles d'être soumis aux excitations et à la douleur. Paul-Laurent Assoun continue en citant Freud dans *Pulsion et destin* : « Sous le terme de pulsion, nous ne voulons tout d'abord comprendre que la représentance psychique d'une source d'excitation (*Reizquelle*) s'écoulant continûment, à la différence de "l'excitation" qui est réalisée par des stimulations (*Erregungen*) individualisées et venant de l'extérieur. » De nouveau, on constate que Freud utilise indépendamment *Reiz* et *Erregung*, et qu'il ne semble pas être fixé lui-même sur la façon de distinguer ces deux termes.

En revanche, ce qui demeure un fil conducteur pour Freud est que l'origine pulsionnelle se situe dans l'excitation. La puissance même de la pulsion réside dans la quantité d'excitation disponible. « L'excitation tient donc lieu, autant que d'enclencheur, de "chargeur", et approvisionne en quelque sorte les "batteries" de la machine pulsionnelle ^[9]. » Nous verrons avec l'*Esquisse* le détail de l'expérience de satisfaction, lors de laquelle les excitations du corps du bébé sont apaisées par le *Nebenmensch*. Les traits de l'autre étant alors inscrits dans le psychisme du bébé, celui-ci pourra lui adresser ses pulsions.

Le corps du bébé, soumis à de perpétuelles excitations, s'organise vers l'autre afin d'être soulagé (expérience de satisfaction), puis afin de susciter son émerveillement (troisième temps pulsionnel). C'est ce corps que nous appelons corps pulsionnel : un corps soumis aux excitations mais orienté vers l'autre (où l'autre est inscrit psychiquement). Ce corps

pulsionnel a-t-il des caractéristiques propres ? Notre expérience clinique auprès des bébés nous amène à penser que certains préalables au corps peuvent favoriser l'émergence du circuit pulsionnel et son orientation vers l'autre. Certains de ces concepts étaient au fondement de nos présupposés en ostéopathie. Il nous a donc semblé tout naturel de les retrouver autant chez A. Bullinger que dans la psychanalyse, en partie chez G. Haag, mais aussi dans l'intérêt qu'a eu Lacan pour certains textes taoïstes.

Organisation du corps pulsionnel

Un certain nombre de notions fondamentales de la clinique du bébé se retrouvent transversalement dans diverses épistémologies. L'hypothèse que l'on peut faire de ce constat est que ces notions concernent un réel du corps, et que ce réel est perceptible sous des différents angles.

Schéma d'extension

La notion d'extension, nommée ainsi en référence à la flexion, est une façon de désigner une lésion en ostéopathie. C'est l'équilibre entre la flexion et l'extension qui est un signe de mobilité et de santé. Les lésions en extension sont celles qui

sont particulièrement problématiques car elles maintiennent la fonction verrouillée sur elle-même. Dans ce même sens, l'inspiration est associée à la vie, à la santé, au premier souffle du nouveau-né, tandis que l'expiration est liée au dernier souffle et à la mort.

Arrière-plan, arrière-fond, toile de fond

Le corollaire du schéma d'extension est la construction de cet espace arrière (sous-jacent), qui est nommé différemment tout en occupant une place fondamentale, autant chez G. Haag, A. Bullinger (que nous avons successivement décrit), que dans la pensée taoïste. La construction d'un arrière-plan (selon G. Haag), ou d'un arrière-fond (selon A. Bullinger), trouve un écho dans la notion de « toile de fond » taoïste. Une des images associées à cette toile de fond est la toile du peintre, qui est vide au départ mais qui permet le premier trait de pinceau. Par analogie, c'est également l'huile qui permet à la lampe d'éclairer une fois qu'on en a allumé la mèche. La toile de fond est une présence-absence (présence immobile, énergie potentielle) qui soutient l'émergence du mouvement (Jing 精, le Principe Vital).

Enroulement du bassin et des deux hémicorps (droit et gauche)

L'enroulement du bassin est d'une grande importance en ostéopathie. C'est l'équilibre du bassin qui permet l'émergence de la colonne vertébrale. C'est le socle à partir duquel la colonne peut s'ériger dans une rectitude souple (suspendue au trait unaire).

En médecine traditionnelle chinoise, le bassin est le réceptacle du centre énergétique fondamental, autant chez l'homme que chez la femme. Le périnée est d'une importance capitale pour soutenir cette base énergétique. L'enroulement du bassin par les méridiens fondateurs se complète par un méridien horizontal qui ceinture l'ensemble, de la 3^e lombaire jusqu'à l'ombilic devant, dans un rassemblement des deux hémicorps droit et gauche.

Geneviève Haag a repéré l'importance de ce rassemblement des deux hémicorps et noté son absence chez certains enfants, dans un clivage vertical, qui alors n'investissent qu'un seul côté à la fois.

L'autre comme attracteur de la vie pulsionnelle

Cette formule de Didier Houzel est selon nous l'illustration la plus claire du lien entre Xing 心 et Ming 命, que nous avons détaillé dans un précédent article ^[10]. Xing est un centre vide vers lequel tendent les pulsions. Le moteur des pulsions (ou du désir) se situe dans le bassin, mais cette énergie pulsionnelle, chaotique en elle-même, trouve une organisation en se dirigeant vers le centre vide du cœur. Ce centre vide est le moyeu qui permet à la roue de tourner. L'analogie tient au fait que l'espace vide de Xing est l'espace intime du cœur-conscience du sujet, mais qui est projeté chez l'autre jusqu'à ce que la maturité permette au sujet de se le réapproprier. C'est une instance qu'on pourrait associer au Soi, qui existe d'abord grâce à la présence de l'autre, puis que graduellement le sujet se réapproprie pour en faire une instance personnelle. Une instance personnelle mais reliée, comme le serait une goutte d'eau, avec à la fois un point de vue unique, de témoin, mais ayant un accès au sentiment océanique. C'est en ce lieu de Xing, du cœur-conscience, que peut se comprendre le passage du sentiment d'être au sentiment d'exister, tel que le développe B. Golse ^[11].

L'évidement de l'objet, en analogie avec le vide médian

L'espace vide de Xing est à la fois le lieu qui est visé par la pulsion, mais sans qu'un objet puisse incarner cet espace. La pulsion s'y dirige puis fait retour, sans qu'il y ait d'objet à saisir. La circulation énergétique entre Ming et Xing est tout à fait analogue à celle du circuit pulsionnel avec l'évidement de l'objet. L'idée qu'une place vide précède l'objet rejoint également celle de B. Golse quant à la possibilité d'investissement du lien à l'objet avant la conscience de celui-ci. Paraphrasant Lebovici : « L'objet peut être investi avant d'être perçu », B. Golse développe l'hypothèse que le bébé pourrait se représenter les liens à l'objet avant de pouvoir se représenter l'objet. Son illustration à l'aide de l'exemple du jeu du *fort-da* est patente : « la ficelle est investie avant la bobine ^[12] »...

Les mises en forme du corps

C'est l'organisation de ce corps pulsionnel (comment dire, de ce préalable au corps pulsionnel) qui est éclatée par le schéma d'extension. Quand les excitations provenant de la douleur s'ajoutent aux excitations provenant de la pulsion, la somme d'excitations excède les capacités de contenance du nourrisson.

Il y réagit par la décharge motrice ou par des mécanismes de défense comme le retrait relationnel.

À l'inverse, quand un bébé dans un retrait relationnel est bien installé, avec un arrière-fond et le bassin bien enroulé, il est beaucoup plus disponible pour communiquer et entrer dans une boucle pulsionnelle avec l'autre ; autrement dit (G. Haag), pour que se tissent des boucles de retour entre lui et l'autre.

Ces mises en forme du corps sont nécessaires le temps de la construction des espaces du corps. Ce n'est pas contra-dictoire avec le stade du miroir, qui vient unifier les instances Symbolique, Imaginaire et Réel. Les mises en forme du corps agissent sur l'émergence du champ pulsionnel, tandis que le stade du miroir est fondamental pour unifier l'image du corps dans le champ narcissique. Nous avons vu que ces deux champs fonctionnent dans une continuité chez un bébé qui va bien. On peut toutefois les distinguer chez le bébé en retrait relationnel qui n'arrive pas à inscrire l'autre dans son processus psychique.

Notes du chapitre

[1] ↑ S. Freud, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1988, p. 76.

[2] ↑ *Ibid.*, p. 77.

[3] ↑ *Ibid.*

[4] ↑ *Ibid.*, p. 78.

[5] ↑ P.-L. Assoun, *L'excitation et ses destins inconscients*, Paris, Puf, 2013, p. 47.

[6] ↑ *Ibid.*

[7] ↑ *Ibid.*, p. 48.

[8] ↑ *Ibid.*, p. 57.

[9] ↑ *Ibid.*, p. 62.

[10] ↑ A. Beaulieu, « Ming 命, le Désir et l'éthique. La dialectique entre Ming 命 et Xing 性 », *Journal français de psychiatrie*, vol. 48, n° 2, 2019, p. 115-123.

[11] ↑ B. Golse, *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*, Toulouse, érès, 2020.

[12] ↑ *Ibid.*, p 73.

III - La douleur du nourrisson

11. La réactivité à la douleur chez les enfants autistes

L'intérêt porté à la douleur des bébés est récent dans l'histoire médicale. Soulignons que jusqu'en 1987, 23 % des chirurgies sur les nourrissons en France se pratiquaient sans anesthésie. Nous devons à K.J. Anand, pédiatre et anesthésiste, d'avoir révolutionné la prise en compte de la douleur du nourrisson lors des interventions chirurgicales. Il a démontré par une étude de cohorte^[1] que les bébés ayant subi une chirurgie thoracique souffraient de moins de complications s'ils avaient bénéficié d'une anesthésie, par comparaison aux bébés opérés sans anesthésie.

Selon les conclusions d'un comité d'étude sur la douleur du nourrisson de la Société canadienne de pédiatrie^[2], les bébés ressentent la douleur, bien que leurs fibres nerveuses ne soient pas myélinisées, contrairement à la croyance qui a persisté jusqu'à la fin du xx^e siècle dans les pays occidentaux. Cette douleur a des conséquences sur le devenir du nourrisson : « L'exposition à une douleur prolongée ou aiguë peut accroître la morbidité néonatale ; les nourrissons qui ont connu la douleur pendant la période néonatale réagissent différemment aux événements douloureux ultérieurs ; la gravité de la douleur et les effets de l'analgésie peuvent être évalués chez le nouveau-né ; les nouveau-nés ne sont pas réconfortés facilement

lorsqu'ils ont besoin d'une analgésie ; une absence de réactions comportementales (y compris les pleurs et les mouvements) n'indique pas nécessairement une absence de douleur. »

Il est difficile de quantifier la perception de la douleur chez les enfants autistes. Plusieurs études se sont penchées sur cette problématique. Ils ne semblent pas manifester la douleur de la même façon que le ferait un groupe d'enfants témoins, apparié à leur âge^[3]. L'automutilation observée chez certains de ces enfants pose question : est-ce parce qu'ils ne ressentent pas la douleur, ou qu'ils ne ressentent pas leur corps en général, que ces enfants s'automutilent ? Que peut-on apprendre de ces observations pour mieux appréhender les douleurs du nourrisson ?

La théorie des opioïdes^[4] a fait débat depuis la fin des années 1970, proposant l'hypothèse d'une corrélation entre un taux plus élevé d'opioïdes retrouvé chez des enfants autistes par comparaison avec la population générale, sans que le sens de la corrélation ait pu être établi. Mais d'autres recherches sur ce sujet ne se sont pas avérées concluantes. Cette théorie ne sert plus de base à la réflexion, mais une hypothèse en a été tirée, « selon laquelle des douleurs non traitées peuvent être à l'origine de certains comportements d'automutilation, qui provoquent un apaisement par la libération d'endorphines^[5] ».

Sylvie Tordjman a creusé cette question en tentant de mesurer objectivement des signes de douleur, que l'absence apparente de réaction à la douleur chez les enfants autistes masquerait.

Une étude ^[6] faite auprès de 73 enfants et adolescents avec autisme (et un groupe contrôle apparié de 115 enfants) démontre, en effet, les concentrations plasmatiques de beta-endorphine plasmatique mesurées lors d'une ponction veineuse. Alors que les enfants du groupe avec TSA manifestaient une absence ou une diminution de réaction à la douleur, ils connaissaient une augmentation significative de leur rythme cardiaque et de leur taux de beta-endorphine, de même qu'une association significative entre ce taux de beta-endorphine et la sévérité de leur autisme.

Cette recherche illustre le fait que l'élévation de la fréquence cardiaque et du taux de beta-endorphine en réponse à la ponction veineuse chez les enfants et adolescents avec autisme va de pair avec une augmentation de leur réponse biologique et physiologique au stress causé par la ponction. Cette réponse est toutefois dissociée de la réaction observable chez ces enfants. L'étude n'accrédite donc pas la précédente théorie des opioïdes (qui suggérait que les personnes autistes ressentait moins la douleur en raison de la présence d'opioïdes), mais penche plutôt en faveur d'un mode d'expression de la douleur qui serait différent chez les personnes avec autisme.

Une autre recherche ^[7] en cours de publication sur ce sujet ira même jusqu'à démontrer que la réaction réflexe (du muscle tibial antérieur de la jambe) à une stimulation douloureuse chez les enfants autistes est plus vive, plus rapide et de plus grande intensité que chez un groupe d'enfants normo--typiques apparié.

Gardons en tête ces études lorsqu'il est question d'évaluer la douleur des bébés en retrait relationnel. Que cette douleur provienne des troubles gastro-intestinaux ou des complications périnatales, le fait de l'inclure dans notre raisonnement, y compris celle qui ne se manifeste pas typiquement, peut nous aider à nous mettre au niveau où se situe un bébé qui nous consulte dans un état de retrait relationnel.

Nous allons maintenant aborder la question de la douleur du nourrisson à partir des textes fondateurs de notre corpus, en gardant à l'esprit que les données actuelles sur le ressenti douloureux du bébé n'étaient pas connues à l'époque de Freud. En grand chercheur, le père de la psychanalyse avait toutefois bien identifié le vécu douloureux du nourrisson et ses conséquences sur l'appareil psychique.

Notes du chapitre

[1] ↑ K.J. Anand, P.R. Hickey, « Pain and its effects in the human neonate and fetus », *The New England Journal of Medicine*, vol. 317, n° 21, novembre 1987, p. 1321-1329.

[2] ↑ Société canadienne de pédiatrie, Académie américaine de pédiatrie, « La prévention et la prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né », *Paediatr Child Health*, vol. 5, n° 1, 2000, p. 39-47.

[3] ↑ É. Pernon, C. Rattaz, « Les modes d'expression de la douleur chez l'enfant autiste : étude comparée », *Devenir*, vol. 15, n° 3, 2003, p. 263-277.

[4] ↑ J. Panksepp, « A neurochemical theory of autism », *Trends in Neuro-sciences*, vol. 2, janvier 1979, p. 174-177.

[5] ↑ A. Dubois, C. Rattaz, R. Pry et coll., «Autisme et douleur, analyse bibliographique », *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, vol. 15, n° 4, 2010, p. 245-253.

[6] ↑ S. Tordjman, G.M. Anderson, M. Botbol et coll., « Pain reactivity and plasma beta-endorphin in children and adolescents with autistic disorder », *PloS One*, vol. 4, n° 8, août 2009, p. 52-89.

[7] ↑ Étude présentée au congrès de la CIPPA en janvier 2019 à Paris.

12. L'Esquisse d'une psychologie scientifique de Freud

Quelles sont les conséquences de la douleur chez le nourrisson ?

Pour envisager cette question, reportons-nous au texte de Freud *Entwurf*, traduit par « esquisse » ou « projet », qu'il a écrit en 1895, adressé à Fliess, mais qu'il aurait oublié « au fond d'un tiroir après l'avoir achevé ^[1] ». On y retrouve les prémices de sa pensée qu'il élaborera par la suite. Tel que le note Pontalis dans son intervention au séminaire de Lacan du 2 décembre 1959 : « Toutes les thèses, toutes les distinctions fondamentales s'y trouvent [...] : principe d'inertie et de constance, processus primaire et processus secondaire, préconscient et inconscient, poussée vers la réalisation d'un désir, réalisation hallucinatoire et réelle d'un désir, fonction inhibitrice du moi, etc., on peut dire que tout y est ^[2]. »

Tout d'abord, Freud nous explique comme première proposition « le principe de l'inertie neuronique » : autrement dit, le principe de l'homéostasie, dans lequel les neurones cherchent à se départir de quantité d'énergie par la décharge motrice, ce qui constitue la fonction primaire du système

nerveux. Ce principe d'inertie est cependant perturbé par les stimulations endogènes provenant des besoins du corps lui-même (faim, respiration, sexualité : les grands besoins – *Bedurfnisse*), stimulations auxquelles il ne peut se soustraire. Pour faire face à ces stimulations endogènes, la fonction de *Nebenmensch* sera indispensable ; le prochain secourable devra répondre aux besoins du bébé par une action spécifique. Pour faire face au « *Not des Lebens* », à l'état de détresse, « l'état de nécessité extrême de la vie ^[3] », le nourrisson a impérativement besoin du *Nebenmensch*.

C'est par l'inhibition du processus primaire de décharge d'excitation que le nourrisson, grâce au souvenir et à la pensée, pourra constituer des processus psychiques secondaires. Freud explicite le mécanisme de ces deux processus primaire et secondaire dans le chapitre VII de son livre *L'interprétation des rêves* (*Die Traumdeutung*), rédigé en 1899 mais paru l'année suivante. Mais déjà il en est question dans *l'Esquisse*, dans le détail de leur mécanisme propre.

Le fonctionnement global entre les trois niveaux de neurones décrit par Freud est interrelié : les grandes quantités d'énergie provenant du dehors passent d'abord par les neurones *phi*. Cette énergie est ensuite diffractée. Puis l'énergie ainsi réduite en quantité pourra circuler de *phi*, à travers *psy* vers *oméga*, où les petites quantités d'énergie pourront être ressenties en termes de qualité.

La douleur (*der Schmerz* : la souffrance)

Pour Freud, la douleur est un échec du processus du système nerveux, car un des buts de celui-ci est de protéger l'organisme contre la douleur. Les systèmes *phi* et *psy* visent à maintenir à distance les grandes quantités d'énergie. Freud se questionne : « Y a-t-il une manifestation qui puisse servir de couverture pour la défaillance de ces dispositifs ? Je crois que c'est la douleur ^[4] . »

Freud définit les causes de la douleur d'abord par une augmentation de quantité d'une stimulation qui, au-delà d'un certain seuil, devient douloureuse, particulièrement pour les organes des sens, donc les stimulations provenant des neurones *phi*. Il décrit aussi la douleur comme résultat du passage de quantités pas forcément élevées, mais passant des neurones *phi* aux neurones *psy* de façon surabondante. C'est-à-dire que l'entrée initiale provenant de l'extérieur ne serait pas excessive, mais le caractère douloureux proviendrait du passage de quantités inhabituellement élevées des neurones *phi* vers les neurones *psy* (qui eux ne supportent pas de grandes quantités, étant sensibles à la qualité).

Pour Freud, le plaisir correspond au ressenti de décharge. Et la voie de décharge privilégiée est la décharge d'énergie dans le système musculaire. « Un système nerveux primaire se sert de cette Qn (quantité) ainsi acquise pour la remettre par liaison aux machines musculaires et se maintient ainsi sans excitation.

Cette décharge représente la fonction primaire du système nerveux central ^[5]. » Autrement dit, le principe d'inertie étant dominant, le processus primaire consistant à décharger l'énergie procure une satisfaction, tout en préservant le principe d'énergie minimum.

Processus primaires et secondaires

Freud décrit le phénomène également sous la forme des prémices de la pensée : « En effet, lorsqu'en état de désir, il investit à nouveau le souvenir de l'objet et laisse s'opérer de la décharge, où la satisfaction doit alors rester exclue parce que l'objet est présent non pas réellement mais seulement comme représentation d'imagination. [...] PSY est d'abord hors d'état d'effectuer cette distinction parce qu'il ne peut travailler qu'en suivant d'un neurone à l'autre l'analogie des états. Il nécessite donc un critère venu d'ailleurs pour distinguer *perception* et *représentation* ^[6]. »

C'est le moment où le bébé doit se former un premier jugement entre ses perceptions (reçoit-il du lait *réellement*?) et la perception d'un souvenir qu'il a inscrit psychiquement (la représentation de l'objet de satisfaction qu'il fait revenir à sa conscience, sous forme d'image hallucinée). Pour Freud, c'est l'inhibition de la décharge qui informera les neurones *omega* de la différence entre satisfaction réelle ou hallucinatoire : « Si

l'investissement de désir a lieu sous inhibition [...] l'investissement de désir, n'étant pas assez intensif, ne produit pas de signe de qualité, tandis que la perception extérieure pourrait le produire. [...] En conséquence de quoi, c'est l'inhibition du Je qui rend possible un critère pour la distinction entre *perception* et *souvenir* ^[7]. »

Freud résume ensuite l'introduction qu'il fait des processus primaire et secondaire, notions sur lesquelles il reviendra par la suite. Il ajoute : « L'investissement de désir jusqu'à l'hallucination, le complet développement de déplaisir, lequel apporte avec lui un déploiement de défense complet, nous le désignons comme *processus psychique primaire* : à l'opposé de cela, ces processus qui ne deviennent possibles que par un bon investissement du Je et représentent une modération de ceux mentionnés ci-dessus, comme *processus psychiques secondaires* ^[8]. »

Les premières activités de pensée du bébé consisteront à juger l'objet de satisfaction en fonction des coordonnées de plaisir qu'il a inscrites, comparant à chaque fois l'expérience vécue avec celle préalablement enregistrée. L'investissement de désir, la représentation que le bébé s'est faite d'une expérience de satisfaction, ne correspondra jamais complètement avec son souvenir, mais le bébé accumulera un certain nombre d'expériences, et surtout, une capacité de jugement : « Une perception qui ne concorde pas entièrement avec lui, mais seulement partiellement. [...] Le juger est donc un processus psy qui n'est rendu possible que par l'inhibition par le Je et qui est

suscité par la dissemblance entre *l'investissement de désir* d'un souvenir et un investissement de perception qui lui est semblable. [...] La discordance donne le coup d'envoi au travail de pensée ^[9]. »

C'est ce travail de pensée qui est court-circuité quand les quantités d'excitations dépassent les capacités du nourrisson. Freud souligne dès 1895 l'importance des petites quantités d'énergie exigées par les processus de pensée, il ajoute : « Le processus de pensée consiste en l'investissement de neurones PSY avec remaniement de la contrainte de frayage par de l'investissement latéral provenant du Je. [...] *Le processus secondaire est donc une répétition du déroulement PSY originel, à un niveau inférieur, avec des quantités moindres* ^[10]. » Freud catégorise le processus du rêve comme faisant partie des processus primaires : « Ce sont des comblements de désir, donc des processus primaires d'après des vécus de satisfaction ^[11]. »

Dans la suite de ce qu'il a précédemment proposé, Freud souligne : « Je donnerai le nom de *processus primaire* au processus psychique que le premier système autorise seulement ; et de *processus secondaire* à celui qui a lieu sous l'inhibition du second. [...] Le processus primaire s'efforce d'évacuer l'excitation, pour produire avec le degré d'excitation ainsi collecté une *identité de perception* (avec l'expérience de satisfaction) : le processus secondaire a abandonné cette intention, et en a accueilli à sa place une autre, qui est de parvenir à une *identité de pensée* ^[12]. » Nous pouvons percevoir déjà ce que Freud développera en 1925 sur les jugements

d'attribution et jugement d'existence, dans son texte *Die Verneinung, La dénégation* ^[13]. On voit donc l'importance du passage du processus primaire au processus secondaire dans la formation des processus de pensée, et même du refoulement. Le refoulement portera sur la partie comportant du déplaisir, qui pourra néanmoins ressurgir vers la conscience si elle était marquée du sceau de la dénégation.

Nous soulignons à nouveau, pour conclure cette partie, l'apport de Freud dans notre compréhension des difficultés que rencontre un bébé douloureux: «La décharge motrice [...] pendant la domination du principe du plaisir, sert à débarrasser l'appareil psychique de l'accroissement des excitations [...]. La suspension de la décharge motrice est assurée par le processus de pensée qui se forme à partir de l'activité de représentation. La pensée est dotée de qualités qui permettent à l'appareil psychique de supporter l'accroissement de la tension d'excitation pendant l'ajournement de la décharge ^[14]. »

C'est cet *ajournement de la décharge* qui est impossible chez les nourrissons douloureux, qui déchargent l'excès d'excitations par le schéma d'extension. Ces bébés ne constituent pas une réserve d'expériences de satisfaction suffisante qui leur permettrait de suspendre la décharge motrice. Le ratage des expériences de satisfaction ne leur permet pas d'inscrire l'autre psychiquement, comme le fait un bébé apaisé par des expériences de satisfaction de qualité.

Intervention de Didier Anzieu au séminaire de Lacan

Dans son séminaire *Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, le 26 janvier 1955, Lacan invite Didier Anzieu à intervenir au sujet de l'*Esquisse* de Freud. (Notons qu'Anzieu développera son concept de Moi-Peau à partir de 1974 et qu'il sera publié en 1975.)

Anzieu souligne d'emblée que Freud a écrit ce texte au retour d'une rencontre avec son ami Fliess, dans le train qui le ramenait à Vienne. Par suite de ses travaux sur le système nerveux du poisson et de l'écrevisse, Freud s'est montré avant-gardiste dans ses réflexions sur le neurone : « Il a été le premier à démontrer l'existence du neurone, là où personne n'en avait vu auparavant ^[15] . »

Anzieu rappelle que la théorie de la synapse a été conçue par Sherrington en 1897, et qu'elle est donc de deux ans postérieure à la rédaction de l'*Esquisse*. Comme c'est souvent le cas, les découvertes se font en différents endroits simultanément. Sans en être le seul responsable, Freud a activement pris part à cette découverte des neurones et de leurs synapses : « C'est maintenant, en 1950, qu'on s'aperçoit que Freud l'a faite, la découverte du neurone. Freud ayant découvert la psychanalyse, on s'aperçoit qu'il avait la manie de découvrir des choses ^[16] . »

Dans les points clés exposés par Anzieu et qui concernent directement notre clinique du nourrisson, soulignons les deux expériences fondamentales que sont l'expérience de douleur et l'expérience de satisfaction, régies par un même mécanisme. Dans le cas de la douleur, l'excès de quantité d'énergie est subi par le bébé et déchargé par la motricité ; dans le cas de l'expérience de satisfaction, l'excès de quantité est soulagé grâce à l'action spécifique du *Nebenmensch*.

Le principe de base du neurone est la recherche d'inertie : les neurones « tendent à se débarrasser de la *quantité* et c'est justement en conduisant cette *quantité* au système musculaire ^[17] ». C'est ce même principe d'inertie qui distingue les processus primaires, liés au principe du plaisir, des processus secondaires, gouvernés par le principe de réalité : « Si les processus primaires sont une décharge de la *quantité*, les processus secondaires échappent à la *quantité* par la réduction *des stimuli* externes ou internes. »

Le processus secondaire qui consiste à rechercher l'objet de satisfaction est à la base de la constitution de la réalité extérieure. Par le processus de répétition, l'expérience de satisfaction, n'étant jamais totalement satisfaisante, sera renouvelée. Le renvoi à un retour perpétuel de cette quête sous forme de répétition ne sera néanmoins pas vain. L'objet trouvé ne correspondra jamais complètement à l'objet qui était recherché, mais l'accumulation de ces objets de remplacement constituera le fondement de la connaissance qu'accumule le bébé de la réalité extérieure. Lacan ajoute à l'exposé d'Anzieu :

« Autrement dit, toute espèce de constitution du monde objectal est toujours un effort pour [...] redécouvrir l'objet (*Wiederzufinden*), je dirai par une espèce de jeu curieux, mécanistique, d'une construction de machine à appréhender le monde extérieur ^[18]. »

L'Esquisse de Freud dans le séminaire *L'ÉTHIQUE*

Lacan revient sur ce texte de l'*Esquisse* en 1959 et il en sera question à plusieurs reprises lors de son séminaire *L'éthique de la psychanalyse*. Déjà dans la leçon du 25 septembre 1959, Lacan insiste sur les concepts freudiens de principe de plaisir et principe de réalité. Il souligne le caractère d'inertie associé au principe de plaisir : « Voyons ce qu'ici, au dernier terme chez celui qui nous interroge, chez Freud, à quoi il est associé dans le principe du plaisir. Et d'abord, ce qui ne peut manquer de nous frapper, c'est que ce principe du plaisir est en somme un principe d'inertie ^[19]. »

Dans la leçon du 16 décembre 1959, Lacan souligne l'importance de *das Ding* et de l'inscription psychique de l'expérience de satisfaction comme organisatrice du monde perceptuel du bébé : « Et s'il n'y a pas quelque chose qu'il hallucine en tant que système de référence, aucun monde de la perception n'arrive à s'ordonner, à se constituer d'une façon

humaine. Ce monde de la perception nous étant donné comme corrélatif, comme dépendant de cette hallucination fondamentale sans laquelle il n'y aurait aucune attention disponible ^[20]. » Cette hallucination fondamentale s'est constituée grâce à l'expérience de satisfaction.

Dans l'expérience de satisfaction, quand une action spécifique du *Nebenmensch* réussit à calmer les excitations endogènes du bébé, le soulagement du déplaisir laisse des traces mnésiques, une inscription psychique, un souvenir. Nous avons vu que la décharge motrice est vécue par le bébé comme un ressenti de plaisir qui met fin au déplaisir. Et le frayage entre les deux (entre le soulagement lié à la décharge motrice et les traces mnésiques laissées par le *Nebenmensch*) crée une image de souvenir. C'est ce souvenir qui reviendra à la pensée du nourrisson lorsque le besoin entraînant un vécu de détresse originelle (*Hilflösichkeit*) ressurgira. Et l'image suffira alors pour soulager le vécu de détresse. C'est ce que Freud appelle des « représentations de désir » (*Wunschvorstellungen*). Ce retour des représentations de désir agira à titre de satisfaction hallucinatoire, en ayant le même effet qu'une perception.

À partir du texte de l'*Esquisse*, Lacan souligne les traits que Freud a délimités quant à l'importance centrale de *das Ding* pour l'organisation de la structure psychique. *Das Ding* est véritablement l'épicentre à partir duquel s'organise tout le système sensori-moteur du nourrisson : « J'ai essayé de vous montrer la fonction pivot que nous devons donner à quelque chose qui se rencontre au détour du texte – un détour qu'il

convient simplement de ne pas manquer, et d'autant moins que Freud le reprend toujours, sous diverses formes, jusqu'à la fin. Il s'agit de *das Ding* ^[21]. »

Nous avons souligné l'importance du pôle organisateur qu'est *das Ding* sur la motricité désorganisée initiale du bébé, et sur le magma de sensations chaotiques dans lequel il baigne. « C'est autour de ce *das Ding* que pivote tout ce progrès adaptatif (le fonctionnement de l'appareil neuronique), si particulier chez l'homme pour autant que le processus symbolique s'y montre inextricablement tramé ^[22]. »

Lacan s'intéresse à la physiologie même du système nerveux du nourrisson pour expliciter le fonctionnement du système neuronique : « L'admission de la quantité est réglée – la chose est métaphoriquement articulée par Freud mais presque comme à prendre au pied de la lettre – par la largeur des voies de conduction, par le diamètre individuel de ce que peut supporter l'organisme ^[23]. » Et lorsque la quantité d'énergie atteint son seuil limite, elle est dispersée dans les voies de fraying, en complexifiant les liens entre les représentations déjà inscrites. Sauf quand la quantité dépasse la limite du principe de plaisir : c'est alors que le système moteur entre en jeu sous forme de décharge, « ce qui, primitivement, avant même l'entrée dans cette fonction du système psy, intervient normalement pour régler l'invasion de la quantité selon le principe du plaisir – c'est l'évitement, la fuite, le mouvement ^[24] ». »

L'évitement, c'est exactement ce que font nos bébés qui se coupent de la relation en détournant le regard lorsque le taux d'excitation dépasse le seuil que leur organisme peut supporter. Et c'est le système moteur qui permet de se soustraire au surplus de stimulations : « C'est à la motricité qu'est dévolue au dernier terme la fonction de régler pour l'organisme le niveau de tension supportable, homéostatique. [...] C'est bien ainsi que s'exprime Freud – il y a des stimulations qui viennent de l'intérieur de l'organisme nerveux, et qu'il compare aux stimulations extérieures ^[25] . »

Chez un bébé surchargé de stimulations douloureuses internes auxquelles il ne peut se soustraire, la moindre stimulation provenant de l'extérieur déclenche l'évitement et la décharge motrice en extension. Lacan, s'appuyant sur Freud, toujours dans cette leçon du 16 décembre 1959, le décrit précisément : « J'aimerais que nous nous arrêtions un instant à cette limite de la douleur. [...] Freud nous dit effectivement que, dans la majorité des cas, la réaction de la douleur survient du fait que la réaction motrice, la réaction de fuite, est impossible, et ce, pour autant que la stimulation, l'excitation, vient de l'intérieur ^[26] . »

La complexité du phénomène de la douleur dépasse le cadre de ce travail, mais il est utile de souligner encore cet aspect : il y a une proximité de connexion entre les neurones nociceptifs et moteurs dans la moelle épinière. Cette proximité se retrouve dans la voie courte, réflexe, qui fait synapse directement dans la moelle épinière permettant, par exemple, le réflexe de retrait

(comme lorsqu'on retire vivement sa main d'une surface brûlante). Cette proximité se retrouve également dans les voies ascendantes et descendantes, et c'est ce que Lacan souligne ici : « D'ailleurs, la chose m'avait frappé très anciennement et, je l'espère, ne vous paraîtra pas absurde, dans l'organisation de la moelle épinière, les neurones et les axones de la douleur se rencontrent au même niveau, à la même place, que certains neurones et axones liés à la motricité tonique^[27]. » La voie motrice descendante corticospinale ventrale se trouve tout à côté de la voie ascendante sensitive spinothalamique ventrale. Aussi, la voie motrice descendante corticospinale latérale qui contrôle les mouvements volontaires est exactement adjacente à la voie ascendante spinothalamique latérale qui permet aux informations de douleur et de température de remonter de la moelle épinière jusqu'au thalamus.

Lacan souligne un autre point essentiel quant à la clinique du nourrisson en retrait relationnel, à savoir, l'importance de la sensibilité profonde. « La quantité extérieure entre en contact avec l'appareil appelé système *phi*, c'est-à-dire ce qui, de l'ensemble neuronique, est directement dirigé vers l'extérieur, disons, en gros, les terminaisons nerveuses au niveau de la peau, des tendons, voire même des muscles ou des os, la sensibilité profonde^[28]. » La sensibilité profonde nous provient des organes tendineux de Golgi situés directement dans les ligaments et les tendons, qui nous informent sur la position relative de nos articulations, grâce à l'étirement subi par les structures profondes périarticulaires lors des changements de position, même de l'ordre du micromouvement postural. Ces

étirements envoient des informations qui permettent le réajustement approprié par contraction réflexe, nous permettant de garder l'équilibre, et nous informent de la position du corps dans l'espace (coordonnés avec la vue et le système labyrinthique des canaux semi-circulaires de l'oreille interne).

Un autre point relatif à notre clinique est la question du tamis, dramatiquement absent chez le bébé en retrait relationnel. Le tamis permet de filtrer les excitations et ainsi d'éviter qu'elles ne dépassent le seuil et ne soient automatiquement déchargées. Dans la leçon du 9 décembre 1959, Lacan précise : « Passons à la qualité. [...] Un appareil sensoriel, nous dit Freud, ne joue pas seulement le rôle d'un extincteur ou d'un amortisseur, comme l'appareil *phi* en général, mais le rôle d'un tamis ^[29]. » C'est ce filtrage des informations provenant du monde extérieur qui constitue la façon intimement subjective dont nous percevons la réalité, qui ne sera toujours que partielle et choisie. Et c'est à la suite de son analyse sur la constitution d'un principe de réalité que Lacan poursuit sa réflexion avec *das Ding*, tel que nous l'avons précédemment évoqué.

La douleur et les mécanismes de défense : du retrait relationnel au clivage schizo-paranoïde

Depuis l'excitation du corps du bébé, à partir de laquelle se constitue la pulsion, jusqu'à la mise en route du circuit pulsionnel, la douleur modifie l'économie pulsionnelle du bébé, telle que nous venons de la détailler à partir du texte *l'Esquisse* de Freud.

L'histoire de Vicky déplie à elle seule les différentes étapes que peut traverser un bébé qui s'enferme dans un retrait relationnel lorsqu'il est submergé de douleur. Ce qui est le plus touchant dans cette histoire, et que Vicky illustre très clairement, c'est qu'elle perçoit le bébé douloureux qu'elle a été comme un méchant bébé ^[30]. Quand Vicky arrive au cabinet, elle a presque 3 ans. Elle est sortie de son retrait relationnel initial. Les parents nous consultent pour une psychothérapie car elle se plaint de maux de ventre quotidiennement. Elle est suivie en ostéopathie près de son domicile.

La menace d'accouchement prématuré

Vicky est la première enfant de ce couple jeune et dynamique. Le couple avait planifié cette grossesse et s'en est réjoui. Les difficultés ont commencé à 6 mois de grossesse lorsque la mère a perdu son bouchon muqueux. Elle-même très vive et active, elle a assez mal vécu d'être hospitalisée après une visite médicale qu'elle croyait être seulement rassurante. Elle parle avec émotion de sa peur de perdre Vicky dès ce sixième mois de grossesse, peur qui ne l'a pas quittée... jusqu'à l'arrivée de sa première dent à 7 mois. Elle se souvient d'avoir pensé à ce moment précis : « Bon, si elle a une dent, on devrait s'en sortir... »

Après trois mois d'hospitalisation dus au risque d'infection secondaire à la fissure de la poche des eaux, la mère est rentrée à la maison. Elle est de retour à l'hôpital à la 37^e SA afin de déclencher l'accouchement pour des raisons médicales. Après avoir tant craint qu'elle ne naisse en avance, Vicky n'arrive qu'au bout de trois jours de contractions sous ocytocine. « Elle a dû avoir peur de venir car dès le début du déclenchement, son rythme cardiaque était à 200 ! », se rappelle la mère.

Avec un bon poids de naissance de 3 kg, Vicky a d'abord une infection à un œil puis un ictère nécessitant des séances de photothérapie. « Dès la naissance, elle geignait. La sage-femme nous a expliqué que c'était secondaire à une souffrance fœtale. » L'allaitement difficile entraîne une perte de poids et

une hypothermie, « sa température était constamment à 36 °C. Le médecin a dit qu'elle se laissait mourir ». Des séances de peau à peau sont initiées. L'alimentation avec le lait maternel donné à la paille de façon concomitante avec la succion du doigt est poursuivie.

La mère s'inquiète car, bien que Vicky soit son premier bébé, elle la trouve très renfermée : « À 2 mois, on croyait qu'elle était sourde. Elle ne nous regardait pas. On a eu notre premier sourire à 6 mois. »

Les diarrhées avec rectorragies alertent les parents, qui apportent la couche à la visite médicale. « Le médecin ne nous croyait pas, il disait qu'on était des parents inquiets. » Une rectoscopie à 2 mois précise le diagnostic d'entéocolite induite par les protéines alimentaires. Le régime d'exclusion dans l'alimentation de la mère, qui souhaite poursuivre l'alimentation au lait maternel, calme les symptômes de Vicky. Elle reprend graduellement du poids et les épisodes de pleurs intenses s'apaisent un peu, mais pas complètement. Vicky demeure un bébé dont l'intensité des pleurs reste élevée et peu modulée.

Un bébé hypertonique et hypersensible

Je questionne la mère sur le bébé que Vicky a été : « Elle était très tonique, à 2 mois, elle tenait déjà debout ! Elle ne se

blottissait pas dans nos bras, elle se jetait sans cesse en arrière. Je me disais qu'elle était très dynamique. » Les photos apportées par la mère illustrent le schéma d'extension que Vicky a présenté dès les premières semaines. Son hypertonie s'est un peu apaisée avec une première séance d'ostéopathie à 5 mois, « après laquelle Vicky a pu prendre ses pieds et graduellement les mettre à la bouche ». Une autre séance à 10 mois a aidé Vicky à s'organiser physiquement : « Elle a marché à quatre pattes dans la semaine suivant cette séance », se rappelle la mère.

La marche debout et le langage sont apparus vers 18 mois. Mais Vicky était toujours très renfermée, particulièrement à la crèche, où elle présentait un retrait relationnel, restant dans son coin avec son doudou et suçant son pouce. « On n'a eu aucun câlin avant ses 2 ans » ajoute la mère. L'hypersensibilité aux bruits se manifeste à la crèche mais également à la maison. L'utilisation de l'aspirateur ou du sèche-cheveux déclenche des crises de pleurs intenses.

Le clivage entre les bonnes et les mauvaises photos

Lors d'un entretien individuel, la mère évoque le fait qu'elle n'a jamais parlé à Vicky de son histoire, de ce début difficile marqué par la peur de la perdre à 6 mois de grossesse, à cause

du risque d'accouchement prématuré. La mère souligne même qu'elle a deux albums photos, un album avec l'ensemble des photos, et un autre album constitué uniquement de photos agréables, représentant de beaux souvenirs. Des souvenirs souvent enjolivés, par exemple concernant l'allaitement : « Je lui ai dit qu'elle avait été allaitée jusqu'à 7 mois, alors qu'en vrai elle n'a jamais bu une goutte de lait à mon sein. Elle pouvait rester une heure au sein mais, à la pesée, elle n'avait pas pris un gramme. »

Le bébé méchant

Lors d'une séance, Vicky est assise en face de sa mère et elle choisit le jeu de dînette. Elle donne à manger à sa mère et à un poupon. À un moment, la mère aborde le sujet de l'annonce de la grossesse, elle raconte ce qu'elle faisait à ce moment-là, comment elle l'a annoncé au papa et la joie qu'il a exprimée. Puis elle ajoute qu'à 6 mois de grossesse, il est arrivé un petit accident et que maman a eu très peur, papa aussi, papi et mamie aussi. Vicky est alors très attentive à ce que dit sa mère, elle la fixe de ses grands yeux marrons.

Quand il est question, dans le discours de la mère, de toutes les difficultés alimentaires du bébé Vicky, Vicky enrichit la scène et met elle-même en jeu un second poupon, un qui a mal au

ventre et est très méchant. L'autre poupon est gentil et n'a pas de bobo au ventre.

J'amplifie le mouvement qu'elle a elle-même initié, et fais faire une colère au bébé-méchant qui a très mal au ventre. Puis je lui tends ce second poupon et lui demande si elle veut bien le consoler, comme elle vient de le faire avec le bébé-gentil. Elle refuse et dit : « Non, je veux le mettre dans la poubelle ! » « Ah bon ?, j'ajoute, il n'a pas le droit d'être en colère, le bébé qui a si mal au ventre et qui ne peut jamais manger comme les autres ? »

Durant toute la durée de cette saynète, Vicky donne à manger et à boire à sa mère et au bébé-gentil avec la dînette. Mais elle refuse obstinément de nourrir le bébé-méchant qui a mal au ventre, ni même de le prendre dans ses bras.

La scène se poursuit au sujet de ce bébé-méchant que Vicky veut mettre à la poubelle et qu'elle refuse de consoler et de nourrir. S'identifiant à mes propres efforts pour consoler le bébé-méchant, la mère prend soudainement la relève et rassure le bébé-méchant en le prenant dans ses bras et en lui disant qu'il a le droit d'être en colère, car il a si mal au ventre et il est toujours restreint dans son choix d'aliments. Elle ajoute que même s'il fait des colères, sa maman va toujours l'aimer. La mère est très émue, elle a les larmes aux yeux. Je lui demande si ce qui la touche est le fait de voir la colère que manifeste Vicky envers le bébé-méchant. Elle acquiesce et ajoute qu'elle n'avait pas soupçonné que Vicky puisse être en colère contre cette part

douloureuse d'elle-même. La séance se termine ainsi, avec la mère qui console le bébé-méchant, et Vicky qui garde le bébé-gentil.

Douleur et surcharge d'excitations

La façon dont les parents décrivent Vicky quand elle était bébé laisse penser qu'un risque d'autisme était présent: bébé semblant être sourd, sans échange de regard ni de sourire, en hypertonie, dans un schéma d'extension, qui ne se love pas dans les bras, hypersensible aux bruits. Vicky a d'abord eu besoin de défenses autistiques, mais sans toutefois s'y fixer, elles n'ont été que transitoires. Puis elle a eu recours au clivage entre le bon et le mauvais bébé, en miroir avec le clivage qui était présent chez sa mère (illustré par les albums photos). L'utilisation du clivage schizo-paranoïde chez cette petite nous a amenée à poursuivre notre réflexion sur le rôle de la douleur dans la construction psychique. La douleur peut venir entraver la mise en route du troisième temps pulsionnel, comme c'est le cas dans un retrait relationnel. Mais la douleur peut également faire s'ériger d'autres types de défenses du Moi, face à l'augmentation de la quantité d'excitations surchargeant le corps pulsionnel.

Notes du chapitre

[1] ↑ S. Freud, « Esquisse », trad. J.-P. Hiltenbrand et C. Dorgeuille, document de travail réservé aux membres de l'Association freudienne, 1987.

[2] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre VII (1959-1960), *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1986, p. 61.

[3] ↑ S. Freud, *op. cit.*, p. 2.

[4] ↑ *Ibid.*, p. 8.

[5] ↑ *Ibid.*, p. 1.

[6] ↑ *Ibid.*, p. 20.

[7] ↑ *Ibid.*, p. 21.

[8] ↑ *Ibid.*, p. 21.

[9] ↑ *Ibid.*

[10] ↑ *Ibid.*, p. 25.

[11] ↑ *Ibid.*, p. 29.

[12] ↑ S. Freud, *L'interprétation du rêve*, Paris, Le Seuil, 2013, p. 645.

[13] ↑ C. Ferron, « Lecture du texte de Freud “*Die Verneinung*” : un exemple d'emploi dans les séminaires de Jean Bergès », *La revue lacanienne*, vol. 9, n° 1, 2011, p. 135-146.

[14] ↑ *Ibid.*, p. 138.

[15] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre II (1954-1955), *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1980.

[16] ↑ *Ibid.*

[17] ↑ *Ibid.*

[18] ↑ *Ibid.*

[19] ↑ J. Lacan, Le Séminaire, Livre VII, *op. cit.*

[20] ↑ *Ibid.*, p. 66.

[21] ↑ *Ibid.*, p. 71.

[22] ↑ *Ibid.*

[23] ↑ *Ibid.*, p. 73.

[24] ↑ *Ibid.*

[25] ↑ *Ibid.*

[26] ↑ *Ibid.*, p. 74.

[27] ↑ *Ibid.*

[28] ↑ *Ibid.*, p. 59.

[29] ↑ *Ibid.*

[30] ↑ Un article détaillé est en cours de publication au sujet de cette enfant : A. Beaulieu, « La douleur du nourrisson : une entrave à la relation et à la construction psychique », *Corps & Psychisme*, n° 78, 2021.

13. La traversée de la naissance

Le moment de la naissance est pour le bébé et ses parents un moment riche en émotions. Dans cette situation, les histoires de chaque protagoniste sont intriquées, même sur plusieurs générations. Nous allons poursuivre notre questionnement sur les combinaisons de facteurs qui ont conduit les bébés que nous avons rencontrés vers une situation de retrait relationnel. Nous poursuivons notre intention de déplier la singularité de chaque bébé, comme fil conducteur de ce travail, malgré les références nombreuses aux études statistiques. La prise en compte du détail des événements imbriqués dans les facteurs qui laissent le bébé sur une pente autistique est déterminante. Nous nous devons de relever de façon exhaustive, sans idée préconçue, ce qui peut entraver la trajectoire développementale de ces bébés, particulièrement pour ceux dont les facteurs de risques s'additionnent.

Quand nous évoquons ce travail, il est habituel que l'on nous réponde : « Moi, mon fils n'a jamais fait de quatre pattes et ça ne l'a pas empêché de devenir avocat ! » Ou : « Tel bébé avait les traces de forceps et, malgré tout, il regardait déjà sa maman dans les yeux dès la naissance. » Bien évidemment, nous essayons ici de dresser un tableau le plus complet possible des diverses situations rencontrées au cours de plus de vingt ans d'expérience clinique, en relevant les facteurs de risques et en

décrivant comment ces facteurs ont pu intervenir en fonction de la singularité du sujet, de la spécificité de tel bébé en fonction de son histoire.

C'est par ce point de vue que le nouage RSI apporte, nous semble-t-il, une façon intéressante d'articuler l'histoire du bébé. Une atteinte dans le réel de son corps, la place symbolique qu'il occupe et les projections imaginaires dont il est l'objet, se nouent d'une multitude de manières. Nous allons à présent examiner les différents facteurs qui surviennent dans le contexte périnatal et qui peuvent influencer le bébé, principalement dans le réel de son corps, comme le passage de la naissance, même si ce réel sera toujours noué à sa part d'imaginaire et de symbolique.

Les accouchements par voie basse et leurs contraintes

Le travail ostéopathique crânien chez les nourrissons a d'abord eu une base empirique. Débuté par William G. Sutherland aux États-Unis, dans les années 1940, il a ensuite été développé par des ostéopathes de renom, comme Viola Frydman. Puis il est passé par l'Angleterre, pour se répandre en France, avant de revenir au Québec. C'est en observant que les sutures des différents os du crâne n'étaient pas lisses mais se

chevauchaient sous forme de biseaux que W. G. Sutherland s'est questionné sur l'articulation entre ces différents os.

Le traitement des os du crâne du nouveau-né a donc d'abord été empirique. Différentes études ont vu le jour dans les dernières décennies, comme les recherches de Nicette Sergueef^[1] sur les rythmes crâniens. Plus récemment, une étude de cohorte menée par Chantal Morin^[2] a permis de corroborer le lien entre un blocage sévère des sutures de l'os temporal et le risque accru pour un nourrisson de souffrir d'une otite aiguë du côté du blocage, dans la première année de vie. Le lien entre une restriction de mobilité osseuse et une diminution de la fonction est ainsi démontré. Ce qui n'empêche pas d'autres causes d'être des facteurs prédisposants aux otites, comme le fait d'avoir un RGO et une irritation de la trompe d'Eustache par l'intermédiaire de l'irritation du pharynx.

Pour permettre le passage du crâne lors d'un accouchement par voie basse, le crâne et le système nerveux du fœtus subissent des contraintes qui seraient plus importantes que ce qui était préalablement envisagé. Une récente étude^[3] par IRM 3D a mesuré les crânes de sept fœtus juste avant d'entrer en phase de travail, puis lors de la deuxième phase du travail (quand le col est dilaté). Les patientes et leur bébé qui ont été sélectionnés sont ceux pour lesquels on prévoyait un accouchement normal.

On constate que les sept bébés ont tous subi une compression du crâne exigeant un chevauchement des sutures pendant le passage dans le détroit inférieur du bassin de la mère. Cinq de

ces bébés ont retrouvé spontanément la rondeur de leur tête immédiatement après la naissance, c'est-à-dire que les paramètres de mesure de leur crâne étaient les mêmes avant et après l'accouchement. Des trois fœtus qui ont eu les crânes les plus déformés (et qui le sont restés après la naissance), deux d'entre eux ont finalement nécessité une césarienne, dont un après l'usage de forceps ; le troisième a eu un accouchement physiologique. Des chevauchements de certaines sutures ont été observés chez tous les bébés, principalement au niveau des sutures lambdoïdes et coronales, c'est-à-dire dans le sens d'une compression du diamètre antéro-postérieur du crâne, caractéristique de ce qu'on appelle un crâne « en pain de sucre ».

Pourquoi certains bébés retrouvent-ils spontanément un crâne souple à la naissance alors que la déformation persiste chez d'autres ? Ces déformations sont-elles forcément induites par la naissance ou ont-elles pu se former pendant la grossesse ? Ont-elles des conséquences sur le développement du nourrisson ? Sont-elles une source de douleur pour le bébé ? Nous allons réfléchir à ces questions à l'aide des bébés qui nous ont consultée pour retrait relationnel.

Léo, une plagiocéphalie passée inaperçue

Notre expérience en ostéopathie crânienne auprès des nourrissons est sans équivoque : la réaction du nourrisson est visible lors du travail de ses sutures crâniennes. Parfois, lors de la palpation initiale, la suture peut être douloureuse, mais une fois que le travail est en route, le bébé nous fond littéralement dans les mains. Ces techniques douces visent l'assouplissement de l'espace membraneux entre deux plaques osseuses, en ouvrant l'espace entre les deux os. Ces techniques ostéopathiques sont des pressions douces suivies de relâchement, dans un dialogue accordé avec le corps du bébé, sans jamais outrepasser la limite tissulaire. L'ostéopathe ne force pas, il écoute la détente des tissus du bébé puis propose d'aller un peu plus loin, en attendant une réponse avant de poursuivre.

L'effet est visible et rapidement repéré par les parents : « On voit qu'il se détend, ça lui fait du bien ce que vous faites. » Le travail de décompression du crâne a une action de détente du tonus de base du bébé. Son crâne devient plus souple mais, surtout, c'est tout son corps qui est plus relâché. Un crâne en compression entraîne tout le corps du bébé dans un schéma d'extension ^[4].

C'est ce qu'avait remarqué la mère de Léo. Elle nous a spontanément dit lors de la première séance que Léo cambrait tout son corps vers l'arrière (dans un schéma d'extension). Elle avait donc beaucoup de mal à le tenir dans ses bras. Elle croyait que c'était parce qu'il avait plus besoin que son frère jumeau d'être contenu, d'être rassemblé par ses mains. C'est ce qu'avait proposé, très attentive, la pédopsychiatre psychanalyste qui les avait reçus en consultation. Cette dernière avait insisté auprès de la mère sur l'importance du portage, de la façon de tenir Léo « en position fœtale », pour l'aider à se rassembler. La pédopsychiatre avait également pris en charge le suivi psychologique de la famille et longuement expliqué à Léo les premiers chapitres de sa vie.

L'histoire de Léo est fort complexe. Ses parents avaient commencé un processus de PMA après cinq années infructueuses quant à leur désir d'enfant. La mère a fait plusieurs fausses couches en tout début de grossesse, dues à des taux de progestérone trop faibles. Lors de la première FIV, elle tombe enceinte simultanément de façon naturelle. Elle se retrouve ainsi avec trois fœtus dont deux jumeaux homozygotes (un des deux sera Léo). Au 6^e mois de grossesse, un des jumeaux homozygotes meurt d'un problème sanguin (syndrome transfuseur/transfusé). Une chirurgie pour séparer les placentas permet de sauver Léo. Les deux derniers fœtus resteront avec leur frère décédé, jumeau évanescent, jusqu'à la césarienne prévue quelque temps plus tard.

Pourquoi Léo a-t-il gardé une telle plagiocéphalie alors qu'il était en siège en intra-utérin puis né par césarienne ? Il n'avait probablement pas suffisamment d'espace en intra-utérin car la mère, petite en taille et en poids, portait trois fœtus assez gros. Sa plagiocéphalie augmentait significativement le tonus de Léo en extension, qui ainsi retardait son développement psychomoteur. Il est indéniable que le travail crânien l'a beaucoup détendu. Après la première séance déjà, il était beaucoup plus éveillé, souriant, il vocalisait en jouant et en nous regardant. La plagiocéphalie peut nous sembler secondaire par rapport à la lourdeur de son histoire, mais l'assouplissement de son crâne a eu un impact significatif sur son état général, corporel et psychique.

Son frère, celui qui avait été conçu naturellement, se développait de façon harmonieuse, en nous faisant un charme fou tandis qu'il attendait dans son transat pendant les séances de Léo. Ce frère de Léo était radicalement dans le troisième temps pulsionnel en nous sollicitant sans cesse avec ses sourires, ses vocalises et ses mains tendues.

Cet exemple clinique illustre le fait que l'empreinte d'une plagiocéphalie est la plupart du temps un événement complexe et relié à une histoire. L'idée est donc de ne pas réduire le bébé à l'événement biologique de compression crânienne. Même dans les cas où l'importance de l'histoire psychique dépasse largement celle du vécu physique, il n'est pas sans intérêt de lever les compressions crâniennes. Ces compressions sont physiques au moment où nous les palpons, mais elles sont

enrobées de l'histoire du bébé et peuvent être une porte d'entrée opérante pour le soulager, comme cela a été le cas avec Léo.

Amael, le petit garçon qui voulait sortir de là !

Nous avons vu, dans l'étude portant sur les sept fœtus dont on peut voir l'IRM du crâne lors de l'engagement dans le bassin de leur mère, que certains bébés conservent une déformation du crâne sans qu'ils aient subi de contrainte particulière (rien n'est noté dans le carnet de santé). C'est le cas d'Amael, qui avait une déformation crânienne bien visible encore à 6 mois, avec de surcroît une diminution de mobilité cervicale (plagiocéphalie avec torticolis). Il avait été vu une fois par un ostéopathe non spécialisé auprès des nourrissons, et cette séance était restée sans suite. Amael nous a été adressé par sa psychomotricienne, formée à la méthode André Bullinger, dans un CMP spécialisé dans les relations parents-enfant. Amael est pour l'instant à risque d'autisme puisqu'il ne relance pas le lien vers l'autre ; il présente donc un signe PRÉAUT positif. Il ne prend pas appui sur la relation, il s'intéresse surtout aux objets. Il est dans un schéma d'extension majeur et cherche constamment à se mettre debout (par son hypertonie en extension) alors qu'il n'a

que 6 mois, ce qui n'est pas du tout de son âge. C'est dans ce contexte que nous le recevons.

Nous sommes complètement estomaquée par le fait qu'Amael ait parcouru tout ce chemin sans que sa plagiocéphalie ait alertée le personnel médical. Amael était un bébé visiblement douloureux, qui ne tenait pas en place, était hypersensible, se désorganisant facilement. Nous commençons dès la première séance par décompresser son crâne, puis nous travaillons à détendre son diaphragme et à favoriser l'enroulement du bassin. Le résultat est immédiat. Amael se pose beaucoup plus longtemps, il est visiblement moins douloureux, sa plagiocéphalie commence déjà à s'estomper.

Lors de la deuxième séance, nous sommes moins préoccupée par le crâne d'Amael. Il répond bien aux manipulations, il semble même les apprécier, il joue en position assise sans chercher à se sauver pendant que nous poursuivons le travail d'assouplissement crânien. Je suis donc plus disponible pour écouter ce que la mère peut en dire. Elle m'explique : « Vous croyez que c'est le bébé qui déclenche le signal de l'accouchement ? Ça me surprend parce que moi, je n'ai jamais trouvé ma place dans ce monde. Il était bien avec moi dans mon ventre, il était en sécurité et je n'avais pas très envie qu'il sorte... » Je souligne la justesse de ses propos, en lui disant qu'elle a sûrement fait un grand travail sur sa propre histoire pour arriver à en parler si justement. La voyant très émue, je lui demande ce qui demeure douloureux pour elle quand elle se remémore l'accouchement.

Elle évoque les premiers mois du bébé : « C'était difficile le début, je n'arrivais pas à le soulager. Je voyais qu'il souffrait, mais je ne savais pas quoi faire. » Je saisis l'occasion, m'appuyant sur l'*Esquisse* de Freud : « Vous avez parfaitement raison. Une mère, ça peut très bien soulager la faim et la soif de son bébé, mais il lui est impossible de travailler un chevauchement de sutures crâniennes. Amael avait des douleurs d'un autre ordre et ce n'était pas possible pour vous de le soulager de ces douleurs-là. »

Elle précise, se remémorant plus en amont : « C'est surtout que je ne voulais pas qu'il sorte. La sage-femme appuyait sur mon ventre à chaque contraction pour l'aider à descendre. » À ce moment précis de son discours, Amael cherche à grimper sur la table et à se déplacer. La mère comprend tout de suite, elle ajoute en s'adressant à Amael : « Tu n'aimes pas quand je raconte ça, tu cherches à t'enfuir, tu cherches à sortir ! » Je vais dans le sens de la mère et ajoute : « Mais oui ! T'as raison, Amael, tu vas vers ta vie ! » La mère éclate de rire. Elle admet qu'elle lui a permis de se développer en le laissant sortir car c'était la mort assurée s'il était resté dans son ventre indéfiniment.

Au moment de se dire au revoir, bien installé dans sa poussette avec un arrière-fond, Amael se prête au jeu de me donner ses plantes de pieds en riant, pour que je joue à faire semblant de les manger. La maman s'exclame : « Vous voyez, là, il est là ! Il est disponible. » Je l'inclus alors dans la boucle pulsionnelle :

« Lequel des petits pieds préférez-vous, maman ? Vous avez goûté celui-là ? »

L'expérience nous a montré que rien n'est gagné ; ce n'est pas parce qu'un bébé fait une fois un troisième temps pulsionnel que le tour est joué. Mais le travail est bien entamé pour restaurer le lien entre cette mère qui a une force indéniable, malgré la fragilité avec laquelle elle se présente, et Amael, qui est bien décidé à se sortir d'affaire. De nouveau, dans ce cas, le soulagement des douleurs d'Amael semble avoir été un point clé pour l'aider à être plus disponible à la relation. Mais la libération du chevauchement des sutures crâniennes à elle seule ne prenait pas en compte le tableau général, et n'aurait certainement pas suffi à ce qu'un lien agréable et apaisé s'instaure entre Amael et sa mère.

Le signal de départ, histoire de Jade

Chaque bébé nous enseigne à sa façon comment il a vécu ses premiers temps, de sa conception à sa naissance. Les symptômes qu'il présente sont un tissage de son histoire et de celle de son environnement. Quand je vois Jade dans la salle d'attente, je suis étonnée par son crâne si rond, on dirait un ballon sur le point d'éclater, qui contraste avec son petit corps assez frêle. La mère explique que Jade ne se pose pas, elle dort très peu, même la nuit elle se réveille toutes les heures. La mère

est visiblement épuisée. Je commence le travail sans trop avoir de piste en tête, je n'arrive à me saisir d'aucun élément dans l'histoire que la mère raconte. J'explique à Jade que je fais des massages et que ça ne fait pas de bobo. Elle me laisse faire assez facilement le travail du thorax. J'ai tendance à commencer à ce niveau lorsque je n'ai pas de piste particulière. Le bébé est face à sa mère, assis, le dos contre moi qui suis en arrière-fond.

À un moment donné, Jade présente des signes de fatigue et de faim, la mère l'installe à son sein, pendant que je poursuis le travail crânien. Jade soupire, elle se détend, la mère le perçoit puisqu'elle la porte dans ses bras et constate que son petit corps s'alourdit. Elle entend aussi tous ces sons de détente que Jade produit au cours du travail, auxquels je réponds : « Mais oui, tu as raison Jade, ça fait du bien les beaux massages. »

Après de longues minutes de ce travail sur le crâne de Jade, j'aperçois des larmes sur le visage de la mère. Elle en est elle-même surprise, et dit simplement : « Je sens qu'elle se détend. » Je n'ai toujours pas réussi à tirer un fil conducteur, mais la mère déroule spontanément le fil de la naissance pendant que le travail sur le crâne de Jade se poursuit. Quand elle arrive au moment de la description du déclenchement de l'accouchement, je propose : « Ah, c'est peut-être ça qui a causé une telle compression, les contractions sont beaucoup plus fortes quand elles sont déclenchées par les prostaglandines. »

C'est la mère qui capte l'impact de ce signifiant, *fort*, et elle redouble de larmes : « Oui, c'était trop en *force*, c'était trop *fort*

pour elle. C'est le mot *fort* qui me fait pleurer. Je voulais un accouchement naturel, j'étais préparée, ils ne m'ont pas laissé le temps. Toutes les femmes de ma lignée ont des longs cycles, donc accouchent plus tardivement. » Dans cette histoire, c'est la réaction de la mère lors de la détente du corps du bébé qui m'a permis d'accueillir ce qu'elle n'avait pas pu dire ni se représenter. Quand le corps libère une tension, il est fréquent de constater que la parole du patient se libère au sujet du blocage. Dans le cas présent, c'est la parole de la mère qui a accompagné le relâchement tissulaire du crâne de sa fille. Et c'est d'avoir ressenti le relâchement du corps de son bébé qui a provoqué les larmes, selon ce que la mère elle-même en dit. Les tensions du corps du bébé sont à détendre bien sûr, mais elles ne sont jamais des lésions physiques pures, elles sont toujours enrobées de l'histoire du bébé et de ses parents.

Le vécu de compression (forceps)

Lorsque nous interrogeons simplement les mères sur les conditions de l'accouchement, il est étonnant de voir à quel point les informations importantes sont refoulées. Nous demandons toujours aux parents de raconter comment se sont passés la grossesse et l'accouchement. C'est un sujet très délicat quand on est en place de psychothérapeute avec des bébés en retrait relationnel. De cette place, ne pas culpabiliser la mère est une priorité. Un questionnaire trop détaillé sur sa grossesse

ou sur l'accouchement pourrait lui laisser supposer qu'on cherche chez elle ou dans son histoire, ou dans la façon dont elle a vécu la grossesse, la cause du retrait relationnel de son bébé.

Répetons-le : les ingrédients nécessaires à la fabrication d'un autisme ne sont pas, selon nous, du côté relationnel dans un premier temps. C'est le bébé qui aura une organisation psychomotrice problématique, avec une faible tenue de tête, une mauvaise qualité de sa motricité et une absence de regard vers l'autre, qui déstabilisera secondairement la relation. Un bébé qui ne regarde pas sa mère ne la fait pas mère. Mais le problème est, à la base, du côté de l'organisation sensori-motrice du bébé.

Cependant, certaines difficultés du côté du corps du bébé peuvent avoir été exacerbées pendant la grossesse et l'accouchement. Nous avons vu, avec les récentes études sur les mouvements généraux du fœtus, que certains bébés sont déjà en moins bonne forme en intra-utérin, ils sont moins bien équipés que d'autres pour traverser le fameux tunnel qui mène à la naissance. Et c'est l'accumulation des différentes complications qui constitue la recette pour fabriquer un autisme.

C'est ce qui est arrivé dans le cas d'Anaëlle. Quand je l'ai reçue à 2 mois, adressée par sa psychanalyste car son retrait relationnel était majeur, elle était tellement raide qu'elle tenait déjà debout. Elle n'arrivait absolument pas à se lover sur l'épaule de qui que

ce soit. Et cette impossibilité n'était pas liée aux qualités de contenance de la mère : quiconque la prenait dans ses bras avait cette impression que son axe vertébral était une tige de métal.

Lors du questionnaire, les parents répondent que l'accouchement s'est très bien passé, sans plus. Je pratique la première séance d'ostéopathie sans rien comprendre à cette petite qui avait une forme du crâne très allongé, typiquement en pain de sucre, et une compression crânienne majeure. Je commence par une écoute tissulaire pour entrer en dialogue avec les tissus d'Anaëlle. Elle gigote comme un petit asticot, ce qui est typique quand l'ostéopathe ne trouve pas le bon niveau avec lequel entrer en relation. Je lui propose divers appuis, commençant par le thorax, le bassin, puis revenant au crâne. Toujours rien. J'ai la sensation de parler toute seule, Anaëlle n'entre à aucun moment dans un dialogue avec moi.

Le temps passe ; cela fait près de trente minutes que nous tournons dans la pièce comme si nous valsions, du tapis au sol à la table, au sein, dans les bras de maman. Je n'arrive pas à lui donner un appui grâce auquel Anaëlle pourrait dérouler ses tensions. Nous ne nous rencontrons pas. Puis j'opte pour une technique directe, que j'utilise peu à vrai dire, mais qui est utile quand le bébé n'a pas la force de répondre à la sollicitation manuelle. Je fais une traction douce de la base du crâne (douce, mais plus ferme que ce que j'ai l'habitude de pratiquer). Anaëlle cesse alors de se débattre, elle se détend. Nous l'encourageons, la maman et moi, par nos paroles enveloppantes : « C'est bien,

Anaëlle, tu vois, ça fait du bien, tu peux te détendre, ça fait du bien les beaux massages. »

Nous réussissons dans la dernière partie de la première séance à commencer à détendre la base et à décompresser le crâne avec une méthode de décoaptation directe. Mais à aucun moment Anaëlle n'entrera en dialogue. Il me faudra trois ou quatre séances avant d'arriver à obtenir une vraie qualité tissulaire. Anaëlle est très probablement le bébé le plus hypertonique que j'ai reçue.

C'est lors de la deuxième séance que les parents se rappellent les circonstances de l'accouchement. Anaëlle avait effectivement eu besoin des forceps pour sortir, mais les parents n'avaient pas cru bon d'en parler, ou plutôt, ils avaient refoulé ce détail central. De ma place d'ostéopathe, je me permets de questionner un peu plus que je ne le ferais en place de psychanalyste : « Et pourquoi ont-ils utilisé des forceps ? » Les parents répondent en cœur : » Parce que la péridurale était trop dosée. » La mère ajoute : « Je ne sentais pas les contractions et je n'arrivais pas à pousser. » Sa réponse gênée confirme le poids qu'elle porte relativement au fait de ne pas s'être sentie compétente à pousser elle-même lors de la dernière phase du travail. J'accueille ses propos avec bienveillance et lui confirme qu'il est en effet impossible de pousser quand la dose de péridurale est trop forte.

Vu l'état du crâne d'Anaëlle, je me permets de demander si Anaëlle avait les traces des forceps le premier jour. « Non, dit la

maman, ou je ne m'en souviens plus.» Le papa se rappelle vaguement: « Oui, peut-être quelques traces rouges sur le visage, mais qui se sont vite estompées. » Le papa cherche dans son téléphone et m'envoie la photo d'Anaëlle le lendemain de sa naissance.

Sur cette photo, on voit très clairement les traces d'une des cuillères sur le côté droit du visage, autour de l'œil. On voit aussi sur cette photo qu'Anaëlle tient sa tête en rotation gauche, probablement pour raccourcir les muscles sous-occipitaux gauches, là où était située la seconde cuillère. Rappelons que les forceps sont constitués par deux cuillères solidarisées, et que leur mode d'action est situé sur la tête du bébé. Donc un appui antérieur droit suppose un appui postérieur gauche, comme dans ce cas.

Anaëlle nous inquiétant beaucoup, elle a été au cœur des échanges de notre groupe de travail quelques jours plus tard. Nous visualisons alors le bilan sensori-moteur, réalisé dans la même période par notre collègue psychomotricienne, formée à la méthode d'André Bullinger. Lors du test du champ visuel, Anaëlle décroche la poursuite visuelle de la lumière à trois reprises consécutives lors du dernier quart de la rotation cervicale droite.

Qu'est-ce qui limite Anaëlle dans sa capacité à suivre une cible dans le champ visuel extérieur droit ? Est-ce la compression du massif facial droit toujours palpable, créée par la pression du forceps, qui restreint la souplesse de l'œil soit dans le globe

oculaire soit dans la fente sphénoïdale ? N'est-ce pas plutôt la perte de rotation droite par tension des muscles sous-occipitaux gauches, causée par l'autre cuillère du forceps ? Les séances d'ostéopathie ayant lieu simultanément, cette perte de champ visuel droit sera corrigée assez rapidement, mais il est intéressant sur le plan clinique de ne pas négliger ces séquelles, si fines soient-elles, laissées par l'usage d'instruments lors de l'accouchement. La combinaison de l'assouplissement tissulaire sur le plan ostéopathique et des exercices neuro-visuels est souvent suffisante pour les restrictions mineures de mobilité oculaire.

La suite des séances avec Anaëlle a été favorable, bien que son état initial ait été sérieux et que la progression n'ait pas été linéaire. Ce qui est incontestable, comme la maman le notait spontanément, c'est qu'avec un positionnement adéquat, tel qu'enseigné en psychomotricité, on arrive à enrrouler Anaëlle, autour du sein par exemple. Après chaque séance d'ostéopathie, elle est plus souple et « on peut lui plier les jambes (en flexion) facilement, elle est toute molle ! », comme le note la mère. Anaëlle est un des cas qui a très clairement bénéficié des séances d'ostéopathie, en étant beaucoup plus disponible à la relation par la suite. Son changement de « texture » corporelle a été manifeste séance après séance, avec des moments où elle nous fondait littéralement sous les doigts, dans ce que l'on appelle un désengagement tissulaire.

Lésions non physiologiques

Un même type de lésion tissulaire ne donne pas toujours des conséquences identiques. Se frapper le coude contre l'angle d'une porte peut être douloureux, mais se luxer complètement l'articulation du coude est encore autre chose sur le plan de la douleur et de la perte de fonction. Les lésions sont classées selon qu'elles respectent la physiologie et les axes de mouvements physiologiques ^[5], ou sont dites aphysiologiques si elles sont en rupture d'axe et ne respectent plus la physiologie (on dit aussi traumatiques). Quand le traumatisme crée une lésion dite aphysiologique, la seule force interne du corps ne suffit pas pour remettre en place l'articulation. Il faut « replacer » l'articulation, sinon elle restera hors de ses rails de mouvement. Une lésion dite physiologique n'a pas forcément besoin d'une aide externe pour se normaliser, l'homéostasie de l'individu peut suffire.

La lésion que présentait Anaëlle au niveau du crâne était de type traumatique ou aphysiologique. C'est la raison pour laquelle la différence a été majeure sur le plan de son tonus général après le désengagement tissulaire. Et, par le fait même, c'est la raison pour laquelle l'usage des forceps a eu autant d'impact sur sa fonction.

Anaëlle répondait favorablement aux manipulations. Elle entrait maintenant dans un dialogue avec nos mains. Elle nous a même fait le cadeau de traverser la pièce à quatre pattes pour

la première fois dans notre bureau, à la suite d'une mobilisation du bassin. Sa maman était entrée en séance fatiguée et découragée. J'avais un peu insisté dans mon travail pour augmenter l'appui d'Anaëlle dans son bassin et qu'elle ait une expiration diaphragmatique complète et un bel enroulement du bassin. Je ne m'attendais pas à ce qu'elle le fasse si spontanément, mais disons que ses conditions corporelles étaient en place ! C'est souvent le cas avec les nourrissons et même les jeunes enfants : ils utilisent immédiatement les nouvelles amplitudes disponibles et intègrent très rapidement les nouveaux espaces de mobilité.

Mais nous n'étions pas au bout de nos peines dans le suivi de cette prise en charge. Anaëlle avait très vite renoué le lien avec sa maman sur le plan visuel, et, obnubilés que nous étions par ses progrès sur le plan du tonus et de la psychomotricité, nous n'avions pas suffisamment porté attention à la faible variabilité de ses vocalisations. Lors d'une séance, j'ai pointé à la maman le fait qu'elle se taisait plutôt que de reprendre la prosodie de sa fille, alors qu'elle était elle-même une chanteuse affirmée, avec une voix très douce et un vaste répertoire de chansons pour enfants. La maman avait répliqué : « Quand je réponds à ses vocalises, elle se tait. J'ai l'impression que ça l'inhibe plutôt ! »

C'est lors de la présentation de ce cas clinique à un groupe de thérapeutes expérimentées auprès de bébés en retrait relationnel que l'une d'elles, par ailleurs orthophoniste, s'est exclamée : « Mais enfin, cette petite a un retard de langage majeur ! » C'est le grand avantage de pouvoir discuter d'un

travail commun lors des diverses communications. À chaque présentation de cas que nous avons eu le privilège de faire, nous avons mieux compris ce que nous faisons grâce aux questions et aux remarques des uns et des autres, soulignant des points aveugles ou non suffisamment élaborés.

Cette tension thoracique d'Anaëlle nous a fait réfléchir à la persistance de l'irritation du tube digestif, par exemple sous forme de RGO tel que nous le retrouvons chez nos patients. Le travail de la base du crâne, du thorax et du diaphragme, de l'abdomen et de l'enroulement du bassin, fait partie de notre protocole de base. Anaëlle était l'une des rares enfants que nous voyions toutes les semaines. Il est surprenant que le travail de détente tissulaire, qui fonctionne par ailleurs chez d'autres bébés et adultes, soit si souvent à recommencer chez certains bébés. C'est ce qui nous amène à soutenir l'idée, d'une part, que l'irritation persiste en dehors des séances d'ostéopathie et, d'autre part, de l'origine métabolique des troubles gastro-intestinaux chez les patients avec autisme. Nous croyons même que cette irritation fait partie des mécanismes de base, elle n'est pas simplement secondaire à un trouble de l'image du corps. En accord avec le pédiatre, un traitement d'oméprazole a été remis en place.

Anaëlle est donc une petite fille qui était en retrait relationnel ostentatoire dès le début, vraisemblablement non disponible à la relation, douloureuse et en hyperextension. Grâce à la finesse d'observation de sa mère, elle a pu être prise en charge rapidement, dès l'âge de 2 mois. Son hypertonie en extension,

qui était secondaire à la dysfonction traumatique de la symphyse sphéno-basilaire, causée par les forceps, a cédé au cours des premières semaines. Puis la tension interne de son thorax en apnée inspiratoire, associée à la douleur du RGO, est en voie de s'assouplir, mais nécessite l'aide de l'oméprazole. Anaëlle présente toujours un retard des acquisitions du protolangage et des vocalisations, mais elle s'appuie sur le lien avec sa maman et elle est bien installée dans le troisième temps pulsionnel.

Anaëlle, par ailleurs, avait des facteurs génétiques liés à l'autisme, car le frère de sa mère a un autisme sévère, qui nécessite un suivi en hôpital de jour. De ce lien, nous pouvons faire deux suppositions supplémentaires. Anaëlle, du fait des facteurs génétiques, n'avait pas des mouvements généraux de bonne qualité, déjà en intra-utérin. Et, comme l'ont démontré plusieurs études que nous avons détaillées dans la première partie, elle était plus à risque de souffrir de complications périnatales. La mère avait eu une péridurale trop fortement dosée qui l'empêchait de pousser, mais il y a fort à parier qu'Anaëlle elle-même participait moins bien au passage de la naissance.

L'autre facteur que nous n'avons pas abordé, car la mère était suivie parallèlement en psychothérapie avec Anaëlle par un autre membre de notre groupe de travail, est la difficulté que cela a dû être, petite fille, d'être la sœur d'un enfant autiste sévère. C'est aussi grâce à sa connaissance intime du tableau clinique qu'elle a réagi si rapidement, bien qu'Anaëlle soit son

premier enfant. On voit à nouveau les interconnexions entremêlées dans le tableau clinique d'ensemble, entre la façon dont la mère a pu vivre sa grossesse, la qualité des mouvements généraux d'Anaëlle, les facteurs génétiques, les séquelles d'un accouchement qui se passe mal, la douleur du nourrisson, l'incapacité pour les parents de prendre le bébé dans leur bras tellement il est hypertonique en extension, le retrait relationnel qui s'installe, puis la cascade qui se poursuit vers la pente autistique. Nous n'avons pas été trop de trois pour soutenir la prise en charge d'Anaëlle, de nouveau en psychothérapie parent-bébé, en ostéopathie et en sensori-motricité, toutes les semaines pendant sa première année de vie.

Le vécu de succion (ventouse)

La ventouse est l'un des instruments utilisés dans les accouchements par voie basse. La force de succion n'étant pas très importante, elle est surtout utilisée en fin de travail au moment de l'expulsion, quand le fœtus est engagé, la tête en flexion et se présente par le sommet.

L'histoire de Lucas a débuté bien avant sa naissance. Nous avons eu l'occasion de rencontrer sa maman qui nous a été adressée par sa gynécologue. Les parents désiraient un enfant depuis une année déjà, mais il semble que la maman avait des ovulations sporadiques. Avant de pousser plus loin les

investigations, sa gynécologue, qui connaissait par ailleurs notre travail, lui avait conseillé de nous consulter. Nous avons l'habitude de cette collaboration, qui a mené dans un certain nombre de cas à une reprise de règles, à une atténuation de dyspareunie ou à une diminution de fréquence des cystites, selon les patientes. C'est donc en toute confiance que M^{me} G. nous a consultée afin de voir si son bassin était bien en place.

Une chute sur le coccyx à 12 ans avait laissé quelques séquelles : une articulation sacro-coccygienne bloquée d'un côté, avec un spasme associé au niveau du périnée. Ce tableau clinique assez fréquent est la cause de certaines dyspareunies dont la patiente ne se plaint pas spontanément, mais qui est réveillée à la palpation. La patiente s'est habituée à vivre avec et n'en fait pas cas, jusqu'à ce que le problème soit identifié et traité.

M^{me} G. est tombée enceinte naturellement deux mois après cette série de deux séances pour son bassin. Elle est revenue deux autres fois en début de grossesse pour être soulagée d'inconforts liés à la grossesse, des lombalgies et cervicalgies. Nous avons donc établi un lien thérapeutique qui lui avait permis le soulagement de douleurs incommodantes. C'est en toute confiance qu'elle nous a consultée à la naissance de Lucas.

Lucas est né à 8 mois, à la suite d'une menace d'accouchement prématuré qui a nécessité un alitement de la maman de quelques semaines, mais qui ne semble pas avoir inquiété les parents outre mesure. Lucas est né par voie basse rapidement,

au bout de quatre heures de travail, mais il a quand même dû être accompagné à la fin à l'aide d'une ventouse. Il pesait alors 2,725 kg. La trace laissée par la ventouse, qui a causé un céphalématome bien visible, était au cœur des préoccupations des parents lorsqu'ils ont amené Lucas, alors âgé de 2 semaines d'âge réel, trois semaines avant sa date prévue d'accouchement. La résorption du céphalématome a ensuite causé un ictère, comme c'est souvent le cas, vu l'afflux soudain de globules rouges à métaboliser.

Lucas présente alors une importante inclinaison cervicale gauche, du côté du céphalématome. Il ouvre peu la bouche ce qui complique l'allaitement. La première séance se passe particulièrement bien, dans une atmosphère paisible. Nous avons l'impression que Lucas rencontre ses parents, qui sont tous les deux très attentifs à ses réactions à la manipulation et aux sons qu'il émet pendant la séance, caractéristiques d'un bébé qui se détend et qui est en confiance.

Nous recevons ce message de la maman, deux jours plus tard : « Lucas prend le sein beaucoup plus facilement depuis la séance de mercredi. Les tétées sont plus nombreuses et plus longues. Il est beaucoup plus détendu. La sage-femme vient demain pour le peser et vérifier qu'il prend du poids. En revanche, c'est toujours assez douloureux. J'ai l'impression qu'il n'arrive pas encore à ouvrir la bouche suffisamment grand. Il tourne la tête des deux côtés mais revient beaucoup du côté droit. Est-il possible de se voir comme prévu en début de semaine prochaine pour une deuxième séance ? »

Ce court message décrit bien l'évolution dans le suivi d'un nourrisson. Les évolutions se font graduellement, et un suivi plutôt régulier permet de s'ajuster à l'état du bébé et à la relation qui se tisse entre lui et ses parents. Nous poursuivrons les séances avec Lucas, mais une chirurgie simple pour son frein de langue améliorera l'allaitement.

Il me semble important de souligner ici que l'impact de la ventouse, en causant un céphalématome suffisamment important pour entraîner un blocage cervical en inclinaison gauche, a désorganisé le développement psychomoteur de Lucas. Le troisième temps pulsionnel ne se mettait pas en place naturellement, nous avons été très inquiète de l'évolution de Lucas, et avons proposé aux parents une prise en charge hebdomadaire.

Le suivi hebdomadaire a soutenu la relation parents-enfant et permis de remettre en route le troisième temps pulsionnel sans trop de difficulté. Lucas a conservé toutefois des traces d'hyper-sensibilité, notamment sur le plan vestibulaire, car les roulades ont été acquises au prix de nombreux efforts et au bout de plusieurs séances de hamac à domicile. Le hamac est une activité assez simple que les parents peuvent poursuivre à domicile pour -désensibiliser le système vestibulaire. L'enfant étant bien installé sur le dos dans une grande couverture, les parents tiennent chacun une extrémité de la couverture, qui forme ainsi un hamac, et chantent une chanson douce (typiquement « Bateau sur l'eau ») en berçant l'enfant avec un

mouvement rythmique latéral, tout en gardant un contact oculaire avec lui.

Mais ce céphalématome est également survenu dans un contexte particulier, avec une maman qui avait elle-même perdu sa maman assez tôt, à 18 ans, à la suite d'un cancer fulgurant. La mère, fragilisée, souffrait aussi de fréquentes angoisses. Le décès de sa maman avait clos cinq années de conflit mère-fille de façon drastique. L'épisode du cancer d'une tante lorsque Lucas avait 5 mois, tante qui a occupé une place de remplacement auprès de cette mère, a aussi réactivé un certain nombre d'affects qu'elle a pu élaborer au cours de la prise en charge. La mère ne désirait pas entreprendre une psychothérapie individuellement, mais elle s'est saisie de l'aide proposée dans le cadre du suivi de Lucas.

Cette situation clinique est une nouvelle illustration du fait qu'un élément pris isolément est insuffisant pour expliquer un tableau clinique de risque autistique. La menace d'accouchement prématuré ou l'usage de la ventouse n'a pas le même impact selon les situations cliniques. Le même - céphalématome chez deux bébés ne les désorganisera pas de la même façon dans leur relation avec leurs parents. Mais chaque élément pouvant avoir une conséquence, aucun n'est à négliger quand on veut relever les concomitances et prendre le problème dans son ensemble.

Discussion

C'est en reprenant nos notes pour chaque dossier que nous avons pris la mesure de l'impact relatif qu'a eu tel ou tel événement sur le développement du bébé. La menace d'accouchement prématuré est centrale dans le cas de Vicky, au point que, dans notre souvenir, elle avait été prématurée, alors qu'en réalité elle a été déclenchée à 37 semaines (SA). Dans le cas de Lucas, nous n'avons souvenir que du -céphalématome causé par la ventouse, alors qu'en réalité la mère avait été alitée à 6 mois de grossesse par crainte d'un accouchement prématuré.

Le vécu de dislocation (la dystocie d'épaule, Émilie)

Certaines situations cliniques sont imprévues et sortent du cadre habituel du cabinet. Ce fut le cas avec Émilie. Ses parents habitent la Bretagne. Inquiets de ne pas établir de lien avec leur deuxième fille, alors âgée de 4 mois, ils sont venus à Paris consulter Marie-Christine Laznik, psychanalyste réputée pour les bébés en retrait relationnel. Leur médecin craignait également un autisme du fait de la quasi-impossibilité d'entrer en relation avec Émilie. Elle ne regardait personne et présentait

une grande raideur physique, maintenant ses poings fermés en position de chandelier (bras en abduction à 90 degrés et coudes fléchis). Elle était très clairement dans un schéma d'extension, de type hypertonie.

Je me suis déplacée au cabinet de M.-C. Laznik pour faciliter l'organisation des rendez-vous. La restitution du bilan sensorimoteur avait également eu lieu ce même jour. Les parents reprenaient le train pour la Bretagne en fin d'après-midi. La séance a été filmée avec l'accord écrit des parents.

Quand je suis arrivée près d'Émilie, elle dormait. Le temps limité avant leur départ et les conditions de la consultation m'ont amenée à débiter la séance après une courte anamnèse, sans faire d'évaluation détaillée. Je me suis placée en position d'écoute des tissus, une main sous l'occiput et l'autre sous le sacrum. Dès les premiers instants, la respiration d'Émilie s'est modifiée. Elle a émis des soupirs de soulagement et des grognements qui exprimaient clairement un plaisir et un bien-être. Sa respiration sonore se modifiait au fur et à mesure des relâchements tissulaires.

De mon côté, je découvrais l'organisation de ses tensions comme on pèle un oignon, couche par couche. D'abord, sur le plan crânio-sacré, elle était organisée en concavité droite. Son corps s'inclinait pour raccourcir les muscles en lien avec l'épaule droite. Je continuais d'avancer vers la lésion primaire ^[6], en retirant les différentes couches de tension, en laissant les tensions fondre sous les doigts, c'est-à-dire qu'un

muscle mis en position raccourcie, par réflexe au niveau des organes tendineux de Golgi situés dans les tendons, se relâchera successivement. Par ces relâchements successifs, ce déroulé tissulaire, je suis passée du thorax à la clavicule pour arriver à l'articulation gléno--humérale qui était clairement subluxée.

Je ne m'y suis toutefois pas véritablement attardée, car j'estime que le fait de bien détendre une région articulaire facilite la mobilisation du problème de base. Autrement dit, je ne travaille pas dans la douleur, et si les tissus ne répondent pas en se détendant sous mes doigts, je ne force pas. C'est ce que nous avons fait avec Émilie. Mais c'était trop tard : la pression quoique douce sur son épaule l'a réveillée. Elle s'est mise à hurler et s'est montrée inconsolable.

J'ai poursuivi quelques instants, espérant que le fait d'entrer à nouveau dans le dialogue que nous avions commencé à établir toutes les deux lui permettrait de se rendormir. Mais ce ne fut pas le cas. Elle ne s'est consolée que dans les bras de sa mère.

Ce n'est qu'une fois bien installée dans les bras de sa maman, entourée par le mamanaïs contenant de M.-C. Laznik qui lui racontait qu'elle était « un petit caramel au beurre salé », que j'ai pu reprendre le travail de mobilisation de son articulation gléno-humérale. Et c'est en travaillant cette articulation que j'ai pris la mesure de sa dysfonction, en lien très probablement avec l'accouchement.

La dystocie des épaules

La dystocie est un problème survenant au cours de l'accouchement (du grec *dys* et *tokos*, « accouchement », par opposition à l'eutocie qui correspond à un accouchement normal), habituellement d'origine mécanique.

La dystocie des épaules est une urgence obstétricale rare, mais imprévisible et parfois lourde de conséquences. Elle survient quand la tête du fœtus est expulsée alors que les épaules butent contre le bassin de la mère. On distingue la dystocie sévère, pour laquelle le diamètre biacromial du fœtus dépasse celui du détroit supérieur du bassin ; la dystocie modérée lorsque les diamètres respectifs permettraient le passage malgré des difficultés de positionnement ; et la fausse dystocie qui est relative à un mauvais angle de traction de la tête qui coince l'épaule du fœtus sous la symphyse pubienne de la mère.

Les facteurs de risque d'une dystocie d'épaule sont une macrosomie fœtale, un diabète (gestationnel ou Mellitus), l'obésité maternelle ou une petite stature, les anomalies anatomiques pelviennes, les naissances post-terme, l'âge maternel avancé, un travail déclenché et un bébé de sexe masculin ^[7]. Le temps de travail prolongé, les forceps et ventouses, l'ajout d'ocytocine et la péridurale sont aussi des facteurs de risque associés à l'accouchement ^[8].

La dystocie est difficile à prévoir puisqu'elle n'est pas complètement corrélée au poids du fœtus (50 % des cas de macrosomes à plus de 4,5 kg). Les mesures à l'échographie demeurent imprécises. Les conséquences du côté des mères sont la déchirure périnéale (grade 3 et 4), l'hémorragie du post-partum, la diathèse de la symphyse pubienne, les fistules recto-vaginales et la rupture utérine (si présence d'une cicatrice utérine). Chez le fœtus, les conséquences vont de la simple fracture de clavicule ou de l'humérus, à l'atteinte du plexus brachial, l'hypoxie avec ou sans atteinte neurologique, jusqu'au décès.

Il est envisageable que, dans l'éventail des possibilités des conditions de naissance, il puisse y avoir des subluxations d'articulation gléno-humérale ou de clavicule sans qu'une dystocie ait clairement été identifiée et notée dans le carnet de santé. C'est le tableau clinique que présente le bébé qui peut nous alerter sur la présence d'une dysfonction résiduelle de l'épaule.

La réaction d'Émilie après la courte séance d'ostéopathie a été particulièrement émouvante. Au moment du départ, alors qu'elle était dans les bras de sa mère, elle me cherchait du regard, elle bougeait activement son bras droit comme pour nous montrer qu'il bougeait bien. Et surtout, elle avait un discours adressé et joyeux en guise de reconnaissance et de remerciement.

Dans le tableau clinique qui a mené au retrait relationnel d'Émilie, pour qui la prise en charge s'est prolongée sur une année, la douleur relative à son épaule joue une part importante. Mais compte tenu de la gravité du cas, il y a aussi fort à parier qu'Émilie présentait dès le départ un tableau clinique typique : des mouvements généraux perturbés en intra-utérin, ayant entraîné une difficulté à participer activement au passage de la naissance. Le retrait relationnel d'Émilie a été trop important et trop long à récupérer pour n'être expliqué que par une douleur, même à l'intensité d'une subluxation d'épaule. La manipulation ostéopathique l'a beaucoup soulagée, c'est évident vu sa réaction et l'ouverture à la relation qui a suivi. Mais nous soulignons de nouveau que l'ostéopathie à elle seule ne sort pas un bébé de son retrait relationnel. Même quand le bébé est moins douloureux, tout un travail doit se remettre en place pour qu'il intègre l'autre dans son circuit pulsionnel. C'est la psychothérapie psychanalytique qui le permet. Émilie a, par ailleurs, été suivie en sensorimotricité pour la soutenir dans son développement psychomoteur et ses hypersensibilités.

Notes du chapitre

[1] ↑ K.E. Nelson, N. Sergueef, T. Glonek, « Recording the rate of the cranial rhythmic impulse », *The Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 106, n° 6, juin 2006, p. 337-341.

[2] ↑ C. Morin, D. Dorion, J.-M. Moutquin et coll., « Suture restriction of the temporal bone as a risk factor for acute otitis media in children: cohort study », *BMC pediatrics*, vol. 12, novembre 2012, p. 181.

[3] ↑ O. Ami, J.-C. Maran, P. Gabor et coll., « Three-dimensional magnetic resonance imaging of fetal head molding and brain shape changes during the second stage of labor », *PloS One*, vol. 14, n° 5, 2019, p. 215-721.

[4] ↑ Il en sera aussi question dans la section sur les plagiocéphalies.

[5] ↑ Voir chapitre 17, « L'ostéopathie pour soulager les douleurs et harmoniser le tonus ».

[6] ↑ On nomme ainsi la dysfonction qui est sous-jacente à l'organisation d'une protection de défense.

[7] ↑ S. Politi, L. D'emidio, P. Cignini et coll., « Shoulder dystocia: An Evidence-Based approach », *Journal of Prenatal Medicine*, vol. 4, n° 3, juillet 2010, p. 35-42.

[8] ↑ *Ibid.*

14. Les plagiocéphalies

L'hypertonie en extension causée par la plagiocéphalie

Matteo est adressé au CMP par son ostéopathe. Celui-ci s'alarme de l'absence de regard de Matteo envers sa maman. Il s'inquiète d'une éventuelle pente autistique ou de la présence de troubles neuro-visuels. Lors de la première séance de psychothérapie de Matteo au CMP, nous apprendrons qu'il a été conçu immédiatement après la mort *in utero* à six mois de gestation de son frère aîné Arturo. La maman est toujours sous le choc du décès de son premier enfant. Elle est tombée enceinte de Matteo à peine deux mois après avoir accouché d'un petit Arturo déjà décédé. La confusion entre les deux garçons est telle que même la psychanalyste confondra les deux prénoms, appelant Matteo par le prénom de son frère Arturo. La maman, inquiète de l'absence de regard de son fils, demande douloureusement et de façon répétitive : « Il me rejette pas, là ? » Ou, dans une autre séance : « Mais est-ce qu'il m'aime ? Croyez-vous qu'il m'aime ? »

Lors d'une séance suivante, la psychanalyste tente de faciliter l'appui-dos de Matteo afin de favoriser son regard vers sa

maman. Elle les installe bien tous les deux, avec des coussins sous le dos, et la tête de Matteo repose sur le bras de sa maman, assise, qui porte Matteo. Après quelques minutes seulement, Matteo est déjà de retour dans sa position cambrée. La psychanalyste ajoute alors un autre coussin dans le haut du dos de Matteo. L'instant d'après, même résultat : Matteo se cambre à nouveau et regarde le plafond.

Dans ce contexte clinique extrêmement difficile, la plagiocéphalie de Matteo passe complètement inaperçue. La maman avait d'abord amené son fils chez l'ostéopathe parce qu'il tournait mal la tête d'un côté. La rotation s'est améliorée mais la plagiocéphalie persiste. Par ailleurs, tout un travail s'engage avec la psychothérapie pour soutenir la maman et l'aider à établir un lien avec son fils. Doit-on alors s'inquiéter d'une plagiocéphalie postérieure qui semble sans conséquence, par rapport au drame vécu par la maman et à l'absence de contact visuel de Matteo ?

Les plagiocéphalies

Les plagiocéphalies sont les déformations du crâne visibles chez le nourrisson. Elles peuvent être d'origine intra-utérine, secondaires à la mobilité restreinte du fœtus dans l'utérus. Elles peuvent également être causées par les circonstances périnatales. Selon diverses études, les principaux facteurs de

risque des plagiocéphalies sont « la prématurité, la primiparité, un travail prolongé, une malposition fœtale à la naissance, l'usage de forceps et de la ventouse obstétricale^[1] ». Les accouchements déclenchés, une longue période de poussée ou le fait de tourner le bébé en cours de travail, peuvent aussi être associés à des contraintes plus importantes sur le crâne. Une étude effectuée sur 649 bébés démontre aussi la corrélation significative entre la plagiocéphalie et l'usage de forceps et de ventouses^[2].

Bien que l'on parle généralement de plagiocéphalie pour tout type de déformation, autant oblique que pour les occiputs plats, il serait plus précis de les distinguer. La plagiocéphalie, du grec *plagios*, « oblique », et *kephalê*, « tête », désigne les déformations du crâne entraînant le crâne plat d'un côté avec proéminence antérieure ipsilatérale. On peut la repérer plus facilement avec une vue sur le dessus du crâne du nourrisson.

L'occiput plat, ou bradycéphalie, est visible quand on regarde un crâne de bébé de profil. C'était le cas du petit Matteo. L'arrière du crâne est plat et le front est plus proéminent, mais de façon symétrique droite par rapport à gauche. On la retrouve très fréquemment chez les bébés qui dorment sur le dos. Depuis la campagne de prévention des morts subites du nourrisson de 1992 par l'Académie américaine de pédiatrie, intitulée « Back to Sleep ! » (« Dodo sur le dos ! »), l'incidence des occiputs plats a augmenté de 600 %^[3] ! Pour simplifier, nous utiliserons le terme de plagiocéphalie indistinctement pour les déformations non synostotiques du crâne, c'est-à-dire pour

lesquelles les sutures entre les différents os du crâne sont restreintes dans leur mobilité, mais non soudées prématurément.

Les conséquences de ces déformations du crâne ne sont pas d'ordre esthétique. La déformation peut être associée à une compression et s'avérer douloureuse pour le bébé. La plagiocéphalie peut également être associée à un retard de développement moteur et du langage ^[4]. Elle entraîne aussi une plus grande raideur de la chaîne postérieure, c'est-à-dire des muscles du dos, du crâne, jusqu'au sacrum.

L'hypertonie en extension

Une étude ^[5] a évalué les répercussions des plagiocéphalies sur la posture, la flexibilité et l'équilibre des enfants de 3 à 5 ans. Une cohorte de 52 enfants ayant eu une plagiocéphalie diagnostiquée alors qu'ils étaient nourrissons a été comparée à un groupe contrôle de 52 enfants. Il est démontré de façon significative que ceux qui ont souffert d'une plagiocéphalie présentent des difficultés d'équilibre et une raideur de la chaîne postérieure (mesurée entre autres par la distance doigts-sol), toujours visible alors qu'ils ont entre 3 et 5 ans. Cette hypertonie postérieure qui fait cambrer le bébé est toujours repérable lorsqu'ils sont enfants, par la mesure de la distance doigts-sol.

Cette raideur de la chaîne postérieure est palpable chez le nourrisson par l'étirement passif, c'est-à-dire par la difficulté ressentie par un adulte qui soutient la tête et le bassin d'un bébé, et qui doucement essaie de rapprocher la tête de ses genoux, à l'enrouler en flexion. Cette raideur de la chaîne postérieure est également vécue par le bébé qui n'arrive pas à ramener de lui-même ses genoux sur son ventre. Le bébé pousse ses jambes en les raidissant. Cette raideur de l'arrière du corps associée aux déformations visibles du crâne est réelle, mesurable et persiste donc dans le développement du jeune enfant. C'est cette même raideur qui empêche le nourrisson d'être confortable dans les bras de l'adulte, puisqu'elle l'amène à se cambrer vers l'arrière. Nous l'avons vu avec Matteo pour qui nous ajoutions sans cesse des coussins sous la tête. Mais la tension de son schéma d'extension était telle que le positionnement seul ne suffisait pas à le maintenir rassemblé dans un enroulement confortable.

Les plagiocéphalies positionnelles peuvent parfois être améliorées par le positionnement du nourrisson, en soutenant son corps avec un coussin ou une petite serviette roulée pour changer les appuis. Des conseils simples peuvent être donnés aux parents pour changer l'orientation du lit si le bébé regarde toujours du même côté. Pour les occiputs plats, il peut être suggéré aussi de placer le mobile dans le lit du bébé vers ses pieds plutôt qu'au niveau de sa tête. Ainsi, pour regarder le mobile, le bébé sera amené à fléchir son cou, ce qui facilitera l'enroulement de sa tête et évitera l'extension cervicale.

Dans les cas de plagiocéphalies associées à des compressions de sutures crâniennes, le traitement positionnel ne suffit pas. Il faut manipuler le nourrisson. Ces traitements manuels ont démontré leur utilité ^[6]. Ils sont sans douleur pour le nourrisson et consistent en des mobilisations douces de la suture qui présente une restriction de mobilité. Le traitement est plus efficace dans les premiers mois, son efficacité diminuant parallèlement au taux de croissance du crâne. En outre, la résorption spontanée de la plagiocéphalie dans les premiers mois de vie est moins favorable quand elle est associée à une préférence positionnelle de la tête ^[7]. Il est par conséquent important de détecter au plus tôt les nourrissons ayant une plagiocéphalie, et qui en plus tournent moins facilement la tête d'un côté. Ces bébés ne récupéreront pas spontanément de leur plagiocéphalie et ont donc besoin d'être soignés.

Les restrictions de sutures peuvent avoir des conséquences également sur la fonction. Une étude de cohorte prospective a été faite au Québec entre septembre 2009 et avril 2010 sur 64 bébés âgés de 6 à 18 mois. L'ostéopathe, les yeux bandés, a évalué la mobilité de chaque os temporal sur chaque bébé, par un test de mobilité manuel. Puis cette même ostéopathe a catégorisé chaque bébé comme présentant ou pas une restriction sévère de mobilité évaluée à la palpation.

Chez les bébés qui présentaient une restriction sévère de mobilité d'au moins un des deux os temporaux, la corrélation a été établie qu'ils ont eu 2,26 fois plus de risques d'avoir dans

l'année une otite aiguë de l'oreille moyenne (RR 2.26). Il en a été conclu qu'« une restriction sévère de suture au niveau de l'os temporal est un facteur de risque pour l'otite moyenne aiguë chez le bébé ^[8] ».

Les plagiocéphalies peuvent aussi être associées à des torticolis. Une étude ^[9] sur 109 bébés présentant des -plagiocéphalies a montré que la mobilité cervicale passive des nourrissons était diminuée chez plus de 60 % d'entre eux en rotation et inclinaison latérale, et 90 % d'entre eux avaient une diminution de l'amplitude de rotation cervicale active. Ces données sont fondamentales en ce qui concerne notre propos : un bébé qui ne peut pas tourner la tête aura des difficultés pour l'allaitement. Les mères racontent fréquemment que leur bébé tète bien à un sein seulement mais a du mal avec le second. Le bébé peinera à téter du côté de la diminution de sa rotation cervicale. Et nous avons vu que, bien qu'un certain nombre de -plagiocéphalies légères récupèrent spontanément dans les premiers mois, le taux de récupération chute drastiquement si la plagiocéphalie est associée à une diminution de rotation cervicale.

Les conséquences des plagiocéphalies sont nombreuses et dépassent le cadre de ce travail. Pour résumer, disons que les déformations du crâne sont associées à une plus grande tension du dos du nourrisson. Elles rendent le bébé inconfortable et le portage difficile dans les bras de l'adulte. Elles sont très fréquemment associées aussi à une diminution de la rotation cervicale, rendant ainsi l'allaitement plus difficile. Les conseils

positionnels sont importants et simples à appliquer. Mais souvent ils ne suffisent pas. Il est alors conseillé de recourir aux traitements manuels crâniens, dont l'efficacité a été démontrée, surtout dans les premiers mois de vie du nourrisson. Ces traitements sont habituellement bien tolérés par le bébé.

Dans le cas du petit Matteo, l'importance de sa tête plate semble dérisoire par rapport à l'ensemble de la situation clinique. Mais le soulager de ses tensions crâniennes va diminuer la tension de ses muscles. Ce sera ainsi plus facile pour sa maman de le prendre dans ses bras. Et lui pourra en retour se lover tout contre elle.

Plagiocéphalie avec torticolis

Oscar

Le premier contact avec Oscar a d'abord été par téléphone. Il hurlait de douleur pendant que sa mère prenait rendez-vous. Sa psychanalyste, expérimentée dans la détection de bébés à risque d'autisme, n'était pas parvenue à décrocher un seul regard au cours de sa première séance cette semaine-là, et elle nous l'a adressé. Oscar avait tout juste 4 mois.

Au premier regard, l'aspect physique d'Oscar est impressionnant. Il a un torticolis en rotation cervicale gauche, avec une plagiocéphalie gauche (la voûte crânienne aplatie à gauche). Ce torticolis entraîne une spirale de tout son corps qui donne l'impression qu'il est tordu sur lui-même.

Il avait cette position déjà à sa naissance, comme on peut le constater sur la toute première vidéo prise à la maternité par le père. La motricité d'Oscar est visiblement de très mauvaise qualité, il est tout enroulé dans une spirale et tourne la tête uniquement à gauche. Sa bouche demeure ouverte, sa langue proéminente, son regard est vague. Nous découvrirons bien plus tard l'anomalie génétique dont souffre Oscar, mais déjà son torticolis, dont l'origine intra-utérine est fort probable, nous laisse supposer que ses mouvements généraux en intra-utérin ont été de mauvaise qualité, et qu'il s'est développé dans une position relativement fixe contre la paroi du bassin de la mère.

Je commence cette séance, qui a été filmée, en expliquant au papa que nous ne travaillons pas dans la douleur. Je m'appuie sur ce qu'il nous raconte : il a lui-même souffert de torticolis à répétition jusqu'à l'âge de 5 ans. J'insiste sur cette identification à son fils, en soulignant que la dernière chose dont il avait envie, lors des torticolis, c'était qu'on lui bouge la tête !

Oscar pleure dès que je pose mes mains sous sa tête, craignant probablement une douleur qu'il ne connaît que trop bien. Mais je n'étire pas son cou. J'attends qu'il se pose dans mes mains, qu'il se trouve une position confortable. Aidé par la tétine et les

caresses de son papa sur sa tête, il finit par s'endormir, pendant que je commence le travail de relâchement musculaire et de mobilisation passive des cervicales. Je commence par écouter puis par détendre les muscles et, dès qu'il y a un peu d'amplitude de mouvement, j'augmente légèrement en rotation, mais toujours en deçà de la limite de tension. Ce dialogue tonique entre mes mains, sa tête, ses épaules et son dos, se poursuit pendant plus d'une heure.

Oscar soupire, il se détend. Sa respiration change. À un moment donné, par mégarde, je le devance un peu et l'amplitude de mouvement dépasse la souplesse du muscle ; Oscar se recroqueville, ramène son bras gauche en triple flexion pour soulager la tension devenue soudainement trop forte. Mais il ne se réveille pas, au contraire, il s'endort de plus en plus profondément. À la fin de la séance, il a la tête complètement en rotation droite, donc du côté qu'il ne pouvait pas explorer, et son corps est détendu. Sans que je le brusque, il a récupéré sa mobilité.

Quand il se réveille au moment de l'habillage, c'est comme un nouveau bébé. Je m'approche de son visage : « T'as fait des beaux dodos ! » Il me regarde, me sourit. Il me répond, en cherchant à toucher ma bouche avec sa main. Il s'agite, son corps soudainement est capable de se mobiliser. Il devient disponible au lien proposé. Il a des mouvements désordonnés, mais par rapport à son état pétrifié d'avant la séance, c'est très impressionnant. Il bouge ! Il parle ! Il sourit ! Son papa est ému, il s'exclame : « T'es tout excité ! » Nous avons presque

dix minutes d'échange de regards et de sourires. Son discours est adressé. Je le rassure en lui racontant que papa aussi avait des torticolis quand il était petit. Et que nous ferons des massages sans faire de bobo.

Au moment de conclure la séance, le papa, ému, ajoute : « C'est pas le même, vous avez changé de bébé ? Je vous ai apporté une bûche et vous me rendez un bébé ! » Il mime avec son propre corps l'incapacité de bouger qu'avait Oscar. Posé sur les genoux du papa, le dos bien calé contre ses cuisses, Oscar pouvait en cet instant joindre les mains ensemble au centre de son corps et même les porter à la bouche. Il pouvait aussi ramener les genoux vers son ventre, dans un mouvement d'enroulement du bassin. Et surtout, il avait un tas de choses à raconter.

Que s'est-il passé exactement ? Oscar avait passé les quatre premiers mois de sa vie la tête coincée en rotation gauche maximale, sans regarder personne ni être capable de fixer son regard sur des objets. Après cette première séance, il s'anime dans son corps et s'ouvre à l'autre par son regard et ses gestes. En outre, il se met à vocaliser spontanément. Rien n'était gagné pourtant, et il y aura encore beaucoup de travail avant qu'Oscar relance le lien et se prête au troisième temps pulsionnel. Il s'est ouvert juste après la séance mais il se refermera fréquemment. Le suivi en psychothérapie et en sensori-motricité se poursuivra encore plusieurs mois. Mais le caractère radical du changement apporté par cette séance mérite qu'on s'y arrête pour y regarder de plus près.

L'écoute tissulaire de la main de l'ostéopathe

Comment définir l'écoute de la main en ostéopathie ? Qu'écoute l'ostéopathe à l'aide de ses mains ? Le traitement ostéopathique avec un nourrisson n'est pas l'application d'une technique, il est de l'ordre d'un dialogue. La main de l'ostéopathe agit, bien sûr, en proposant un appui, un étirement, un relâchement, une pression, une mobilisation. Mais puisqu'il s'agit d'un dialogue, c'est qu'il y a aussi une phase d'écoute ; l'ostéopathe ne fait pas que parler aux tissus. Il attend une réponse et s'ajuste de la façon la plus fine possible aux modifications qui surviennent.

C'est la qualité de l'écoute qui fait l'efficacité de l'ostéopathe, puisque les tissus en tension se détendent d'autant mieux qu'ils ne sont pas brusqués. C'est le même principe que la résistance d'un patient en psychanalyse ; il est inutile de vouloir enfoncer une porte verrouillée, la résistance n'en sera que plus forte. Le déroulé tissulaire fait de détente puis d'étirement progressif est un dialogue vivant, une cocréation entre le thérapeute et son patient. Le transfert joue son rôle, bien sûr, puisqu'un patient en confiance se détendra plus aisément, de même qu'un bébé se détendra mieux s'il sent son parent à l'aise. Mais ce n'est pas l'essentiel du travail, qui est d'une précision anatomique et physiologique extrêmement fine.

L'empreinte de l'utérus en souvenir de maman

La clinique du nourrisson est d'une incroyable richesse. Chaque bébé nous apprend comment il se débrouille à sa façon avec son histoire et son environnement. La petite Mathilde, dont la force de vie a impressionné tout le personnel soignant, nous en a appris un bout sur les plagiocéphalies. Nous l'avons reçue adressée par sa pédopsychiatre psychanalyste, et c'est sa famille d'accueil qui l'a accompagnée jusqu'à mon cabinet. Alors âgée de 4 mois, Mathilde était une petite fille très relationnelle, qui avait dû être séparée de ses parents à la naissance. Malgré de nombreux soucis juridiques et grâce à la volonté de fer de sa pédopsychiatre, Mathilde était désormais en sécurité dans sa famille d'accueil, une procédure d'adoption étant en cours. Elle gardait cependant une position fortement asymétrique, en forme de virgule, tel un nourrisson fraîchement sorti de l'utérus. Cette position asymétrique entravait son développement et, surtout, elle commençait à présenter une franche déformation de la tête (plagiocéphalie avec torticolis), avec un côté complètement aplati. Elle pouvait ainsi ne tourner la tête que d'un seul côté. Il en était de même de son corps, elle ne pouvait rouler que d'un côté.

Mathilde était d'une attention hors norme à la communication avec mes mains. Une fois en confiance, elle prenait appui sur moi dans un déroulé tissulaire harmonieux et fluide. C'était un

pur bonheur de travailler avec elle. Elle sortait des séances alignée comme une tour et faisait des bonds développementaux après chacune de nos rencontres. Or, elle revenait la séance suivante tout aussi tordue comme une virgule, comme si on ne s'était jamais rencontrées.

Nous avons mis un moment avant d'éclaircir la question, tellement le contraste était grand entre la qualité du travail dont elle était capable et l'empreinte de sa position intra-utérine dans laquelle elle retournait entre chaque séance. Puis, lors d'une séance, cela nous est apparu clairement : Mathilde étant séparée de sa maman, elle voulait garder une trace de sa mère en retournant dans « le moulage » qu'avait été la forme de son utérus. Émue par cette trouvaille que j'ai supposée chez Mathilde, je la lui propose pendant la séance. Ce fut un moment très intense pendant lequel Mathilde m'a bien fait comprendre, par l'intensité de son regard et de sa présence, que j'avais vu juste. Sa pédopsychiatre, jointe au téléphone, avait eu presque simultanément la même idée et en a reparlé avec Mathilde lors de la séance suivante.

De nouveau, l'empreinte physique de la -plagiocéphalie entravait Mathilde dans son développement. Il était nécessaire de mobiliser les sutures crâniennes et d'assouplir les chaînes musculaires qui s'étaient rétractées. Mais ce travail était entrelacé avec l'histoire personnelle de Mathilde. Le travail n'aurait pas été complet sans la possibilité d'en dire quelque chose. Perdre le moulage de l'utérus, c'était perdre maman

une seconde fois, et jusqu'à ce jour, Mathilde n'y avait pas été tout à fait prête.

Notes du chapitre

[1] ↑ N. Sergueef, *Ostéopathie pédiatrique*, Paris, Elsevier, 2007, p. 259.

[2] ↑ N. Sergueef, K.E. Nelson, T. Glonek, « Palpatory diagnosis of plagiocephaly », *Complement. Ther. Clin. Pract.*, vol. 12, n° 2, 2006, p. 101-110.

[3] ↑ C.A. Purnell , A.W. Benz, A.K. Cosain, « Assessment of head shape by craniofacial teams: Structuring practice parameters to optimize efficiency », *Journal of Craniofacial Surgery*, vol. 26, n° 6, 2015, p. 1808-1811.

[4] ↑ S.C. Fontana, D. Daniels, T. Greaves, N. Nazir, J. Searl, B.T. Andrews, « Assessment of deformational plagiocephaly severity and neonatal developmental delay », *Journal of Craniofacial Surgery*, 2016.

[5] ↑ I. Cabrera-Martos, M.C. Valenza, G. Valenza-Demet, A. Benítez--Feliponi et coll., « Repercussions of plagiocephaly on posture, muscle flexibility and balance in children aged 3-5 years old », *J. Paediatr. Child Health*, vol. 52, n° 5, 2016, p. 541-546.

[6] ↑ C. Amiel-Tison, E. Soyeze-Papiernik, « Cranial osteopathy as a complementary treatment of postural plagiocephaly », *Arch. Pediatr.*, vol 15, Supp 1, 2008, p. 24-30 ; I. Cabrera-Martos, M.C. Valenza, G. Valenza-Demet, A. Benítez--Feliponi et coll., « Effects of manual therapy on treatment duration and motor development in infants with severe nonsynostotic plagiocephaly: A randomised controlled pilot study », *Child's Nerv Syst.*, vol. 32, n° 11, 2016, p. 2211-2217.

[7] ↑ H. Aarnivala, V. Vuollo, V. Harila, T. Heikkinen et coll., « The course of positional cranial deformation from 3 to 12 months of age and associated risk factors: A follow-up with 3D imaging », *Eur. J. Pediatr.*, vol. 175, n° 12, 2016, p. 1893-1903.

[8] ↑ C. Morin, D. Dorion, J.M. Moutquin, M. Levasseur, « Suture restriction of the temporal bone as a risk factor for acute otitis media in children : cohort study », *BMC Pediatr.*, vol. 20, n° 12, 2012, p. 181 (ma traduction).

[9] ↑ M. Murgia, T. Venditto, M. Paoloni, B. Hodo et coll., « Assessing the cervical range of motion in infants with positional plagiocephaly », *Journal of Craniofacial Surgery*, vol. 27, n° 4, 2016, p. 1060-1064.

15. Les premiers temps du bébé

Le cytomégalovirus

Certaines pathologies se révèlent graves et lourdes de conséquences pour l'enfant et sa famille. La prise en charge exige un investissement sur le long terme, avec des résultats souvent limités. C'est le cas de plusieurs enfants, rencontrés à la demande de leur pédopsychiatre qui les suit dans le cadre des séquelles d'un cytomégalovirus (CMV).

Le CMV ^[1] est un virus de la famille des herpesvirus qui peut être transmis à la mère pendant la grossesse par la voie des sécrétions corporelles. La prévalence est assez faible, entre 0,3 et 2,4 % des femmes enceintes seraient infectées, et 80 % des fœtus de ces mères atteintes du virus n'en garderont aucune séquelle. Pour ceux dont c'est en revanche le cas, les atteintes caractéristiques du fœtus concernent son système neurologique, des atteintes sensorielles, hépatiques, digestives et un retard de croissance intra-utérin.

C'est lors d'une réunion de notre groupe de travail qu'une pédopsychiatre psychanalyste d'expérience s'interroge sur un petit garçon, Nathan, alors âgé de 6 ans. Il souffre de surdité et d'autisme, séquelles d'un CMV pendant la grossesse. Ce qui est

très particulier pour ce garçon est le fait qu'il se positionne sur la tête en tournant, sa tête se trouvant au sol et lui debout, tournant autour de sa propre tête. Nous pensons à une compression crânienne, et proposons l'idée que l'enfant s'appuie sur sa tête pour se soulager de cette compression. Il est convenu que je le reçoive en séance d'ostéopathie.

Je décèle effectivement une compression majeure, pas tant au niveau osseux mais plutôt au niveau des membranes de tension réciproque, qui fixent le cerveau à la boîte crânienne. À la palpation, je trouve une tension extrêmement importante en regard de la faux du cerveau, au niveau de la suture sagittale. Je reste interloquée, ne comprenant pas le lien entre cette tension et le CMV. Je reçois ce garçon régulièrement, il poursuit par ailleurs sa psychothérapie psychanalytique avec la pédopsychiatre qui me l'a adressé. Étant par ailleurs dans une grande agitation motrice, il apprécie bien les traitements crâniens car il se pose sur la table et reste immobile, il se détend. Il cessera également ce mouvement de tourner sur lui-même sur sa tête.

Kevin

Quelques mois plus tard, je reçois un appel d'une autre pédopsychiatre qui, connaissant bien mon travail, me sollicite pour un bébé de 3 mois qui se trouve en soins palliatifs par

suite d'un CMV massif. Elle m'explique que, selon les médecins de son équipe et les résultats de l'IRM cérébrale, ce bébé aurait dû déjà décéder mais qu'il s'accrochait. Elle me demande de le recevoir malgré tout car, selon elle, à la naissance, il avait une belle tête ronde, et là, elle s'aperçoit qu'il a une tête « en forme de brioche », selon son expression, et elle craint qu'il n'en souffre.

Je suis émue de recevoir ce bébé et ses parents qui sont eux-mêmes très jeunes, mais enthousiastes de constater que leur bébé avait décidé de vivre. L'éveil joyeux du bébé se transmettait à ses parents et cette contagion se propageait à toute personne s'approchant de Kevin, sa psychomotricienne, sa pédopsychiatre psychanalyste et moi-même.

Lors de la palpation du crâne de ce bébé, j'ai enfin compris les tensions retrouvées sur le crâne de Nathan (le garçon de 6 ans précédemment décrit). En effet, le cerveau de Kevin semblait être trop petit pour sa boîte crânienne. Le long des attaches de la faux du cerveau et de la tente du cervelet, le crâne était enfoncé, tiré vers l'intérieur par un cerveau trop petit. La microcéphalie est une des conséquences du CMV. J'ai travaillé avec Kevin pour détendre ses tensions crâniennes, dans une écoute respectueuse des tissus ; je ne me suis pas trop attardée sur le fait qu'il soit en soins palliatifs, en prenant appui sur la pédopsychiatre qui le suivait par ailleurs.

Je n'ai bien sûr pas modifié la taille de son cerveau par les mobilisations membraneuses des sutures crâniennes. Mais

nous ne pouvions que constater avec ses parents que Kevin était très attentif au massage crânien, qu'il se détendait et avait l'air d'apprécier. D'une séance à l'autre, son crâne était plus souple, et surtout la forme briochée de la voûte s'estompait au fur et à mesure, bien que l'impression visuelle d'une microcéphalie persistât, surtout dans la partie occipitale de son crâne.

En outre, Kevin semblait moins douloureux et avait très envie de discuter. Il entrait dans de grandes conversations avec sa maman, qui jouait à merveille le jeu de l'illusion anticipatrice. Quand, par exemple, Kevin se concentrait sur le mouvement de ses mains, dans un geste apparenté à une stéréotypie, la maman lui racontait en s'extasiant qu'elle était impressionnée qu'il sache déjà compter. Nous étions tous soutenus par la pédopsychiatre, car la question éthique d'une telle illusion anticipatrice frôlait parfois le manque de contact avec la réalité. Nous nous sommes dit que, tant qu'à avoir un CMV, il n'était pas nécessaire d'être en plus autiste, et puisque nous avons du temps avec ce bébé en soins palliatifs, autant que ce soit du temps de qualité. Ainsi je me suis autorisée à entrer également dans le jeu de l'illusion anticipatrice et du troisième temps pulsionnel chez ce bébé dont on s'étonnait qu'il soit toujours vivant.

Force est de constater que ce petit Kevin, maintenant âgé de 7 mois, s'est relativement bien développé, bien qu'il présente encore un léger retard psychomoteur et cognitif. Ses exploits relationnels ne semblent pas correspondre aux résultats

catastrophiques de son IRM cérébrale. Néanmoins, entouré par des parents attentifs et porté lui-même par un grand désir de vie et de relation, son développement ne cesse de nous surprendre. L'apport de l'ostéopathie aura consisté à le soulager de ses douleurs, surtout au niveau crânien, et à l'accompagner dans son développement psychomoteur et relationnel.

L'ictère du nourrisson

Nous avons dans un précédent article ^[2] détaillé l'histoire du petit Théo. Ce petit garçon nous a beaucoup appris sur une des façons dont un ictère peut contribuer à la cascade d'événements qui mène à un autisme. Une récente méta-analyse ^[3] confirme ce lien entre la survenue d'un autisme et le fait d'avoir souffert d'un ictère à la naissance – même si, nous y insistons, aucun facteur de risque ne justifie à lui seul la survenue d'un autisme.

Dans certains cas, bien que les indicateurs médicaux soient normaux, le bébé ne s'engage pas vers un développement harmonieux. Une situation clinique située à l'intérieur des frontières de la normalité ne déclenche pas la mise en place d'intervention et peut laisser le bébé s'engager vers une pente autistique. C'est le cas pour Théo, qui a souffert d'un ictère dont les taux de bilirubine étaient dans le haut de la norme généralement admise. Or plusieurs études américaines

questionnent ces taux qualifiés de normaux, en proposant d'affiner l'évaluation clinique pour la bilirubinémie modérée, dont les conséquences passent trop souvent inaperçues.

Retard psychomoteur, hypotonie et évitement du regard

Théo est un petit garçon de 5 mois qui a déjà une longue histoire d'hospitalisations et d'examens médicaux. Quand il arrive avec ses parents dans un CMP parisien, il présente un léger retard psychomoteur, mais surtout, ne regarde que furtivement ses parents. Sa maman, ayant l'expérience de deux aînés au développement normal, s'est inquiétée de son hypotonie et de l'absence de contact oculaire. Elle s'est rapidement mobilisée et a pris différents rendez-vous avec de nombreux praticiens traitant des TSA. C'est ainsi qu'elle a obtenu un rendez-vous dans un CMP qui n'était pas du tout dans son secteur.

Au moment de ce premier rendez-vous, elle avait également déjà consulté dans plusieurs autres grands centres. Ce n'est que quelques mois plus tard que les différents thérapeutes réaliseront qu'ils s'occupent du même bébé, chacun de leur côté. Nous organiserons alors une réunion afin de permettre aux différents intervenants de faire le point. Le système d'alarme déclenché rapidement et massivement par la maman

aura permis une prise en charge précoce. Mais la multiplication des intervenants de tous les milieux, travaillant isolément sans être informés des évaluations en cours simultanément, perturbera l'établissement du lien thérapeutique.

Né à terme (37 SA) et eutrophique, Théo pesait 3,775 kg pour une taille de 51 cm. Son périmètre crânien à 37 cm était normal à la naissance. Un seul problème a marqué la période néonatale, mais avec de graves conséquences : un ictère sur incompatibilité foëto-maternelle O/A, pour laquelle il sera hospitalisé une première fois une semaine après sa naissance afin de recevoir des séances de photothérapie.

La maman de Théo note que ce troisième enfant est vraiment différent des deux aînés. La difficulté de son port de tête et sa faiblesse l'inquiètent dès les premiers jours. Elle se plaint que Théo a du mal à téter lors de l'allaitement. Les médecins pensent d'abord à un frein de langue, qui lorsqu'il est trop court, crée une difficulté lors de la tétée, le bébé s'étouffant en avalant. Le frein de Théo sera sectionné à 17 jours mais sans que cette opération change quoi que ce soit au tableau clinique. Dès le premier entretien, la mère décrit la difficulté d'entrer en relation avec son fils : « Je le regardais, il détournait le visage ; je me mettais de l'autre côté, volontairement, il détournait le visage ; je lui montrais un objet, il ne le regardait pas. »

Une hypotonie axiale

Outre un RGO marqué, c'est son hypotonie axiale qui alerte l'équipe médicale. Le compte rendu d'hospitalisation souligne que Théo a une tenue de tête intermittente, qu'il ne répond pas ou peu aux stimulations et que le contact oculaire est difficile, bien que les explorations ophtalmologiques soient normales.

Théo est hospitalisé à nouveau, deux courts séjours de trois jours avec toujours ce motif d'hypotonie axiale et de mauvais contact oculaire. L'IRM cérébrale est normale et l'EEG montre un tracé parfois monotone, fluctuant entre veille et sommeil, sans anomalie comitiale. Dans les différents courriers médicaux, l'hypotonie de Théo est soulevée ainsi que les troubles du contact oculaire, mais les taux de bilirubine qui ont été élevés quelques jours au moment de la naissance ne sont pas mis en cause, puisque étant de 293 $\mu\text{mol/l}$, ils sont à la limite supérieure des taux généralement admis, la normale étant inférieure à 400 μmol .

Un ictère pas banal

L'ictère simple du nourrisson est fréquent et sans grave conséquence. Il est causé par un excès de bilirubine libre dans le sang. Normalement, les globules rouges sont détruits par la

rate, libérant alors de la bilirubine qui est neurotoxique à partir d'un certain niveau. Cette bilirubine libre sera transformée par l'action enzymatique du foie en bilirubine conjuguée, perdant ainsi sa neurotoxicité.

Dans le cas d'une incompatibilité sanguine fœto-maternelle (rhésus ou ABO), le nombre de globules rouges détruits est important et la bilirubine libre en circulation excède les possibilités de métabolisation du foie. Il en résulte des taux sanguins de bilirubine libre qui sont toxiques pour le système nerveux. L'hyperbilirubinémie se caractérise par des taux de bilirubine libre excédant $400 \mu\text{mol/l}$ et se manifeste par « une variété de difficultés neurodéveloppementales, incluant un retard de développement, des troubles cognitifs, [...] de comportements et psychiatriques ^[4] ».

C'est ce qui s'est probablement produit pour Théo. L'ictère dont il a souffert n'est pas l'ictère banal du nourrisson. L'incompatibilité entre son groupe sanguin et celui de sa maman (O/A) a mené à une destruction massive de globules rouges, créant d'abord une anémie puis un ictère, avec des taux de bilirubine approchant les $300 \mu\text{mol/l}$ ^[5]. Son anémie n'a pas nécessité de transfusion.

Le syndrome BIND (Bilirubin-Induced Neurologic Dysfunction)

Le syndrome BIND (dysfonction neurologique induite par la bilirubine) est largement décrit dans la littérature. Il se manifeste dans les suites d'une hyperbilirubinémie néonatale par une variété de difficultés neurodéveloppementales, incluant les retards de développement, les troubles cognitifs, les troubles des fonctions exécutives, de comportements et des troubles psychiatriques. Ces symptômes sont particuliers et spécifiques à l'hyperbilirubinémie et ne peuvent être confondus avec les autres difficultés néonatales. Une étude détermine les taux dits « modérés comme étant supérieurs à 230 $\mu\text{mol/l}$ et sévères comme étant supérieurs à 325 $\mu\text{mol/l}$ ^[6] ». Il y a donc une légère variabilité des normes, mais dans tous les cas les taux de Théo sont au minimum classés comme étant modérés.

Une récente étude américaine a remis en question ce taux actuel de 400 $\mu\text{mol/l}$: « Nous croyons que le syndrome de dysfonction neurologique induit par la bilirubine représente un spectre de manifestations neurologiques [...] à des taux inférieurs que ceux généralement décrits dans les publications précédentes ^[7]. » Ces manifestations concernent des perturbations neuromotrices, visuelles, auditives, cognitives et des troubles du tonus. Ainsi, les taux de bilirubine de Théo étant dans le registre normal selon les études antérieures même

s'ils étaient dans la zone élevée, l'hypothèse de la neurotoxicité de la bilirubine expliquant l'hypotonie de Théo n'a pas été soulevée par les différents intervenants médicaux.

Ictères néonataux et risques de *TSA*

Ce qui est particulier au syndrome (BIND) est qu'il regroupe un spectre de manifestations neurologiques mineures, qui n'entrent pas dans la catégorie habituelle des kernicterus ^[8]. Ces signes mineurs, habituellement non identifiés comme secondaires à l'exposition de bilirubine, sont par exemple des troubles neuromoteurs, du tonus musculaire, des réflexes néonataux hyperexcitables, une variété de manifestations neuro-comportementales, des anomalies de la parole et du langage, des dysfonctions auditives et neurovisuelles. « Les préoccupations persistent quant au fait que les enfants les plus vulnérables sont susceptibles d'acquérir un BIND, parce que leur exposition à la bilirubine n'est pas identifiée comme suffisamment grave pour nécessiter un traitement ou est légèrement inférieure aux seuils habituels aux interventions ^[9]. »

D'autres études ont également mis en relation des taux de bilirubine élevés et les risques autistiques. Dans une méta-analyse, il est aussi déterminé que « l'hyperbilirubinémie libre (non conjuguée) peut être mise en relation avec les troubles du

spectre autistique et peut avoir affecté la prévalence globale des TDA ^[10] ». Les taux de bilirubine libre qui expliqueraient cette association entre les TSA et les ictères néonataux restent à préciser, mais la corrélation entre les TSA et les ictères néonataux est établie ^[11] .

Taux de bilirubine et troubles du développement

Une autre étude établit le lien entre les taux de bilirubine modérément élevés et des troubles du développement moteur plus subtils que dans les cas de kernicterus et de paralysie cérébrale. L'établissement des taux à 400 μmol était traditionnellement lié à des troubles graves du développement. Or, les récentes études qui nuancent le propos et affinent l'évaluation des troubles de développement identifient des taux de bilirubine plus bas, qui restent à définir. « De nouvelles catégories de dysfonction neurologique induite par la bilirubine, soit indépendamment ou caractérisée par une subtile encéphalopathie causée par la bilirubine, seraient causées par des taux modérés d'hyperbilirubinémie. De nouvelles recherches sont nécessaires afin de préciser ces niveaux plus légers de dysfonctions ^[12] . »

Une étude rétrospective ^[13] chez des enfants de 2 à 9 ans qui avaient présenté des taux de bilirubine libre plus élevés que

325 $\mu\text{mol/l}$ parvient également aux mêmes conclusions : une association avec des retards de développement, des déficits de l'attention et l'autisme a été observée.

Théo est un bébé qui présentait initialement un risque d'autisme. L'évitement actif du regard, son retard psychomoteur avec de fréquents schémas d'extension, son retard de langage, son sommeil agité par tranche d'une heure et demie au plus, sont autant de signes laissant craindre une pente autistique. Le signe PRÉAUT était positif, Théo ne relançait pas spontanément le lien vers l'adulte.

Une cascade d'événements du côté de la mère

La mère dit qu'elle désirait beaucoup cet enfant. Elle avait alors 34 ans, était assez joyeuse et avait l'impression que tout dans sa vie marchait bien. Elle avait deux enfants magnifiques. Elle ajoute cependant : « J'ai eu peur qu'il se passe quelque chose. » Elle a eu effectivement une grossesse particulièrement difficile, lors de laquelle elle a passé plusieurs semaines dans des états de grande inquiétude.

On a d'abord cru qu'elle avait des anticorps pour un - cytomégalo virus (CMV), ce qui, à juste titre, l'a bien inquiétée. Finalement, après plusieurs semaines, les médecins l'ont

rassurée en disant qu'elle avait sûrement déjà les anticorps avant la grossesse.

Quelque temps plus tard, lors d'une échographie de contrôle, on a évalué que Théo avait la nuque épaisse et qu'une trisomie était à craindre. Une prise de sang a suffi pour confirmer qu'il n'en était rien, avec tous les délais relatifs au temps nécessaire entre la suspicion de la trisomie, du rendez-vous de la prise de sang, puis de l'attente du résultat de l'analyse de sang. Un temps qui s'éternise dans l'inquiétude.

Entre le début de l'annonce de la crainte du CMV, puis de l'échographie jusqu'à la prise de sang ainsi que l'attente des résultats, de précieuses semaines se sont passées dans un état d'anxiété compréhensible. Ces suspicions de problèmes qui en fait n'en étaient pas lui ont gâché sa grossesse et l'ont fragilisée.

Cette inquiétude de la mère n'est en aucune façon la cause du retrait relationnel de Théo. Mais, ajouté à la difficulté de la grossesse, le détournement actif du regard de Théo a été très difficile pour la mère. « Cet effet traumatisant du détournement du bébé ou du très jeune enfant dans la première relation ne peut qu'entrer en résonance avec d'éventuels traumatismes de vie, voire transgénérationnels, dont nous ne devons pas faire causalité ^[14]. »

Il est probable qu'une grande partie des bébés ayant souffert d'un ictère avec des taux modérés de bilirubine pourront récupérer leur tonus d'eux-mêmes, aidés par un environnement favorable avec lequel le lien peut être préservé.

Considérant l'importance d'une prise en charge précoce, comment distinguer les bébés pour lesquels une accumulation de difficultés pourrait les mener à s'engager vers une pente autistique ? La subtilité des signes cliniques provoqués par ces taux dits modérés (de 230 $\mu\text{mol/l}$ à 400 $\mu\text{mol/l}$) n'aura pas les lourdes conséquences d'un kernicterus, mais elle peut altérer les prémices de la relation, ainsi que le développement cognitif et psychomoteur. La recherche systématique du signe PRÉAUT chez ces bébés est d'une simplicité déconcertante par comparaison aux lourdes conséquences d'un autisme.

Tsa et symptômes gastro-intestinaux

Les différents thérapeutes qui s'occupent de bébés à risque d'autisme ont identifié depuis longtemps une plus grande prévalence de reflux œsophagien. Marie-Christine Laznik, psychanalyste qui a élaboré l'hypothèse du troisième temps pulsionnel chez le bébé, hypothèse qui s'est vue confirmée dans le cadre de l'étude PRÉAUT ^[15], avait identifié ce symptôme chez une majorité de bébés en retrait relationnel. Cette concomitance entre la présence du reflux et la difficulté du bébé de soutenir une relation a été confirmée également par l'effet de l'oméprazole (prescrit par le pédiatre), qui permettait au bébé d'être à nouveau plus disponible dans le lien. Cette

observation basée sur une longue expérience clinique a aussi été documentée ^[16].

Il ne semble pas y avoir actuellement de consensus sur le mécanisme par lequel les troubles gastro-intestinaux (GI) seraient impliqués dans la physiopathologie des TSA ^[17]. La comorbidité entre les TSA et les troubles GI a été rapportée, bien qu'avec une grande variabilité selon les différentes recherches et la méthode d'investigation utilisée (études rétrospectives ou prospectives).

Fig. 13. Tableau comparatif des différentes études associant les troubles gastro-intestinaux et les TSA

Auteurs	GI avec TSA	GI sans TSA	Type de symptômes
Wasilewska ^[18]	9-84 %	9-37 %	
Koves ^[19]	84,1 %	31,2 %	
Black ^[20]	9 %	9 %	
McElhanon ^[21] (méta-analyse)	OR 4,42 (4,42 % plus chez les TSA que dans la population générale)		16 % 378 % de douleur abdominale

Par ailleurs, la douleur abdominale fonctionnelle (FAP, *functional abdominal pain*), c'est-à-dire la douleur abdominale

non confirmée par des tests de laboratoire ou d'imagerie, liée à une hypersensibilité viscérale à la sensation de douleur, pourrait être reliée à une dysfonction cérébrale, telle qu'illustrée par des variations de flux sanguins cérébraux lors d'activité viscérale ^[22]. Les FAP et les problématiques liées à la motilité du système GI sont considérées comme des symptômes de dysautonomie (symptômes liés au système nerveux autonome, SNA). D'autres dysfonctions du SNA ont déjà été bien identifiées chez les enfants avec TSA ^[23], telles que l'usage de la vision périphérique et le *flapping* ^[24].

Un autre point important rapporté par les auteurs ^[25] est la plus grande susceptibilité aux troubles du sommeil chez les enfants avec TSA qui ont également un RGO. Ils seraient alors 43 % à souffrir de troubles du sommeil. La concomitance avec les troubles du sommeil ne serait que de 13 % chez les enfants avec TSA si ceux-ci ne souffrent pas d'un RGO ^[26].

Les troubles GI chez les enfants avec TSA, le fréquent déséquilibre de leur système immunitaire et des neuropeptides sont également discutés en lien avec la pathophysiologie des TSA ^[27]. Dans tous les cas, il est convenu qu'une recherche systématique de problèmes gastro-intestinaux doit être faite chez les enfants souffrant d'une pathologie génétique associée aux TSA ^[28], recommandation applicable également aux frères et sœurs d'enfants autistes.

Notes du chapitre

[1] ↑ « Diagnostic par sérologie et/ou par recherche du génome viral de l'infection congénitale à cytomégalovirus », https://www.has-sante.fr/jcms/c_2572929/fr/diagnostic-par-serologie-et/ou-par-recherche-du-genome-viral-de-l-infection-congenitale-a-cytomegalovirus.

[2] ↑ A. Beaulieu, C. Lheureux-Davidse, « Hyperbilirubinémie modérée », *Research in Psychanalysis*, n° 210, 2018, p. 142a-153a.

[3] ↑ E. Jenabi, S. Bashirian, S. Khazaei, « Association between neonatal jaundice and autism spectrum disorders among children: a meta-analysis », *Clinical and Experimental Pediatrics*, vol. 63, n° 1, janvier 2020, p. 8-13.

[4] ↑ C.J. Wusthoff, I.M. Loe, « Impact of bilirubin-induced neurologic dysfunction on neurodevelopmental outcomes », *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, vol. 20, n° 1, février 2015, p. 52-57 (ma traduction).

[5] ↑ Les taux de bilirubine notés dans le carnet de santé de Théo sont respectivement de 293 µmol/l puis de 250 µmol/l.

[6] ↑ C.J. Wusthoff, I.M. Loe, *op. cit.*

[7] ↑ L. Johnson, V.K. Bhutani, « The clinical syndrome of bilirubin-induced neurologic dysfunction », *Seminars in Perinatology*, vol. 35, n° 3, juin 2011, p. 101-113 (ma traduction).

[8] ↑ Le kernicterus est l'ictère nucléaire créé par la bilirubine, suffisamment grave pour causer des lésions au cerveau visibles à l'IRM.

[9] ↑ L. Johnson, V.K. Bhutani, *op. cit.* (ma traduction).

[10] ↑ S.B. Amin, T. Smith, H. Wang, « Is neonatal jaundice associated with Autism Spectrum Disorders: A systematic review », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 41, n° 11, novembre 2011, p. 1455-1463 (ma traduction).

[11] ↑ *Ibid.* ; L.A. Croen, C.K. Yoshida, R. Odouli et coll., « Neonatal hyperbilirubinemia and risk of autism spectrum disorders », *Pediatrics*, vol. 115, n° 2, février 2005, p. 135-138.

[12] ↑ J. Rose, R. Vassar, « Movement disorders due to bilirubin toxicity », *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, vol. 20, n° 1, février 2015, p. 20-25 (ma traduction).

- [13] ↑ K.A. Jangaard, D.B. Fell, L. Dodds et coll., « Outcomes in a population of healthy term and near-term infants with serum bilirubin levels of ≥ 325 micromol/L (≥ 19 mg/dL) who were born in Nova Scotia, Canada, between 1994 and 2000 », *Pediatrics*, vol. 122, n° 1, juillet 2008, p. 119-124.
- [14] ↑ G. Haag, *Le moi corporel. Autisme et développement*, Paris, Puf, coll. » Le fil rouge », 2018.
- [15] ↑ B. Olliac, G.C. Crespín, M.-C. Laznik et coll., « Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum-disord with PRÉAUT guid », *Plos One*, vol. 12, décembre 2018.
- [16] ↑ K. Horvath, J.A. Perman, « Autistic disorder and gastrointestinal disease », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 14, n° 5, octobre 2002, p. 583-587.
- [17] ↑ J. Wasilewska, M. Klukowski, « Gastrointestinal symptoms and autism spectrum disorder: links and risks: A possible new overlap syndrome », *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 6, 2015, p. 153-166.
- [18] ↑ *Ibid.*
- [19] ↑ *Ibid.*
- [20] ↑ C. Black, J.A. Kaye, H. Jick, « Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: Nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database », *BMJ*, vol. 325, n° 7361, août 2002, p. 419-421.
- [21] ↑ B.O. McElhanon, C. McCracken, S. Karpen et coll., « Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A meta-analysis », *Pediatrics*, vol. 133, n° 5, mai 2014, p. 872-883.
- [22] ↑ J. Wasilewska, M. Klukowski, *op. cit.* ; S. Delgado-Aros, M. Camilleri, « Visceral hypersensitivity », *Journal of Clinical Gastroenterology*, vol. 39, n° 5, suppl. 3, juin 2005, p. 194-203, discussion S210.
- [23] ↑ D.K. Goyal, J.A. Miyan, « Neuro-immune abnormalities in autism and their relationship with the environment: A variable insult model for autism », *Frontiers in Endocrinology*, vol. 5, 2014, p. 29.
- [24] ↑ J. Wasilewska, M. Klukowski, *op. cit.*
- [25] ↑ *Ibid.*
- [26] ↑ K. Horvath, J.A. Perman, *op. cit.*

[27] ↑ M. Samsam, A. Ahangari, S.A. Naser, « Pathophysiology of autism spectrum disorders: Revisiting gastrointestinal involvement and immune imbalance », *World Journal of Gastroenterology*, vol. 20, n° 29, août 2014, p. 9942-9951.

[28] ↑ T. Buie, D.B. Campbell, G.J. Fuchs et coll., « Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: A consensus report », *Pediatrics*, n° 125, Suppl. 1, janvier 2010, p. 1-18.

16. Les séquelles périnéales chez la mère

Avant d'arriver à la clinique des bébés, nous avons d'abord travaillé en collaboration avec des sages-femmes et des gynécologues dans le cadre de rééducations périnéales compliquées. Toute femme qui accouche en France se voit prescrire systématiquement dix séances de rééducation périnéale, suivies de dix séances pour la rééducation des abdominaux. Ce choix social a un coût financier, qui est compensé par la diminution des risques à long terme de soins pour incontinence urinaire, fécale et dyspareunie.

Malgré les protocoles de rééducation, un certain nombre de patientes souffrent d'une persistance de symptômes, allant des douleurs périnéales résiduelles (dyspareunies, vestibulodynie, douleurs atypiques) aux incontinences urinaires et fécales. La chronicisation des symptômes est associée à l'utilisation des forceps et est relative à l'histoire des antécédents de la mère. Il est habituel de retrouver chez ces patientes d'anciennes chutes sur le coccyx (ski, patins, rollers, vélo, balançoire, poutres de gymnastique), des chirurgies (reflux vésical quand la patiente était enfant, trompe, ovaires, utérus, césarienne lors de précédents accouchements) et d'autres traumatismes physiques et psychiques (excision, inceste, abus sexuels, viol).

Prêter une grande attention à la préservation du périnée de la mère lors de l'accouchement est une priorité, car les conséquences peuvent être désastreuses sur la qualité de vie de ces femmes par la suite. Cette sensibilisation aux lésions périnéales est de plus en plus répandue et de nombreuses formations sont proposées aux différents professionnels de santé concernés, comme le DIU de pelvi-périnéologie^[1] de l'université Saint-Quentin-en-Yvelines, que nous avons eu le privilège de compléter, à titre de masseur-kinésithérapeute.

Dans une récente étude prospective menée en France auprès de plus de 5 000 femmes^[2], l'impact de la présentation par occiput postérieur (OP) a été mis en relation avec les conséquences périnéales à court et à long terme, et avec des séquelles chez le nourrisson. Une position d'OP a persisté chez 9,4 % de ces femmes, malgré une tentative de rotation manuelle de la tête du fœtus. Après échec de la manœuvre de rotation de la tête^[3], 111 de ces naissances ont nécessité une assistance instrumentale (forceps, ventouse ou spatules). L'incidence de lésions du sphincter anal est divisée par quinze si on utilise un des instruments pour induire la rotation du fœtus (1,7 % vs 24,5 %) sans augmenter la morbidité néonatale (mesurée par l'Apgar, l'acidémie, les blessures fœtales mineures et majeures, l'admission en unité de soins intensifs). Lors de l'évaluation à 6 mois, on retrouve un taux nettement plus élevé d'incontinence anale (30 % dans les accouchements assistés, par opposition à 5,5 % sans instrument), davantage de symptômes urinaires, de dyspareunies et de douleur périnéale.

Ce qui justifie le déroulement de l'accouchement dépasse largement le cadre de ce travail, et surtout nos compétences professionnelles. Mais, étant au plus près des conséquences engendrées, il nous semble utile de comprendre les grandes lignes des enjeux. Les effets se retrouvent autant du côté des mamans que des bébés, et ils sont rarement mentionnés. Même parmi les professionnels très expérimentés auprès des bébés, rares sont ceux qui se sont intéressés aux séquelles des complications périnéales chez les mamans. Il est utile de rappeler que, dans la population générale en France, 8 % des patients souffrent d'incontinence anale, alors que seulement 2 % d'entre eux en ont parlé avec leur médecin.

Le dialogue tonique entre le bébé et la mère pendant la grossesse et l'accouchement

Les complications périnéales dont souffrent les mères sont au cœur de notre travail. Un bébé dont les mouvements généraux sont déjà perturbés en intra-utérin entraîne plus de séquelles périnéales chez sa mère lors de l'accouchement. L'importance des douleurs ligamentaires et articulaires que vivent certaines femmes pendant la grossesse n'est pas non plus à négliger, car la qualité de l'environnement utérin peut influencer la formation des voies sensori-motrices du bébé ^[4]. Ces blocages

peuvent également entraver la qualité du travail pendant l'accouchement, entraînant en retour davantage de complications périnatales. Le suivi des mères pendant la grossesse peut contribuer à améliorer leur confort durant cette période et favoriser un dialogue -tonico-émotionnel harmonieux avec le fœtus.

Bien que ce travail soit important, il exige certaines précautions. Quand nous accueillons des parents qui nous consultent avec un bébé en retrait relationnel, la plus grande des attentions doit être portée au fait de ne pas laisser planer l'idée qu'ils pourraient être la cause du retrait de leur bébé. Les parents sont souvent dans une période de grande fragilité. Et surtout, nous espérons avoir réussi à démontrer dans ce travail que, si causes il y a, elles se situent du côté du corps du bébé et viennent secondairement désorganiser la relation.

Les questions portant sur la grossesse et l'accouchement, si elles sont posées par un psychothérapeute, insinuent forcément que la cause du retrait pourrait se situer dans la direction pointée. Les mêmes questions provenant d'un ostéopathe qui s'intéresse au corps du bébé ou de sa mère n'ont pas la même portée. Les parents confient d'ailleurs plus facilement les événements relatifs à la période périnatale au thérapeute qui s'intéresse à la question du corps.

C'est le cas de M^{me} L., dont nous suivions le bébé depuis ses 4 mois en ostéopathie, à la suite d'un retrait majeur. La psychanalyste qui nous avait adressé le bébé avait seulement

mentionné qu'elle était née par césarienne. Afin de ne pas culpabiliser la mère, elle n'avait pas poussé plus loin son questionnement.

L'histoire de M^{me} L. est tissée de nombreux traumatismes, qu'en place d'enfant elle ne pouvait pas se représenter. Les affects purs, non transformés psychiquement, sont restés à l'état de blocs denses. Son corps était pétrifié, rigide, sidéré, plus particulièrement son bassin. C'est en cet état de tonus extrêmement élevé qu'elle est tombée enceinte de l'aîné de ses quatre enfants. Elle décrit son accouchement comme une torture inhumaine. Ces mots résonnent douloureusement avec son histoire personnelle. Il est indéniable que l'état de son corps à ce moment-là ne lui a pas permis d'être dans un dialogue tissulaire harmonieux avec le corps du fœtus. Lors de l'accouchement, qui a été très long, elle a subi une déchirure totale de son périnée, la complication la plus grave qui puisse survenir ^[5]. Elle en a conservé des séquelles importantes sur le plan des douleurs et de la continence. C'est la raison pour laquelle les trois accouchements suivants ont eu lieu par césarienne programmée, afin de protéger son périnée. C'est en travaillant à la fois du côté des bébés et de leur mère que nous avons pris la mesure de l'importance de l'échange et du dialogue tonique entre eux.

Plus récemment, la sensibilisation des professionnels de santé aux problématiques périnéales semble s'être répandue au sein même des maternités. Nous recevons fréquemment des femmes ayant des douleurs au coccyx pendant la grossesse, qui ont été

orientées par leur sage-femme. Nous avons reçu également une femme médecin de PMI, qui nous a consultée pour sa petite fille qu'elle trouvait peu expressive et qui détournait le regard. Elle avait repéré tous les signes précurseurs d'un autisme, en passant par le retrait relationnel et les hypersensibilités, le schéma d'extension et l'absence de troisième temps pulsionnel. Cette mère nous a dit spontanément, avant même que nous la questionnions, qu'elle avait fait de longues années d'équitation, et qu'elle en était ressortie avec une importante compression du sacrum et une hypertonie périnéale. Elle a même ajouté en avoir souffert pendant sa première grossesse et son premier accouchement. Il était évident pour cette femme, par ailleurs médecin, que le manque d'adaptabilité de son bassin avait eu une influence sur ses deux accouchements, lors desquels les deux bébés s'étaient présentés par le nez.

Une étude récente ^[6] a corroboré cette hypothèse, avec une illustration par IRM d'une compression sacro-coccygienne chez la mère qui a entraîné un mal positionnement du fœtus lors de la deuxième phase du travail ^[7]. La mobilité des articulations sacro-iliaques, celles de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-coccygienne participent toutes au dialogue avec le fœtus lors de son passage. Couplé avec la tonicité des muscles intra-pelviens, c'est l'ensemble des structures osseuse, tendineuse, fasciale, ligamentaire et musculaire qui permet que s'établisse un dialogue.

Les traumatismes physiques et psychiques s'inscrivent directement dans ces tissus. Ils perturbent secondairement la

capacité du tissu à se détendre, à se relâcher ou au contraire à soutenir, à contenir, à maintenir une stabilité. L'ajustement tonique est à la fois la capacité de laisser le passage et celle de maintenir en place. Ni l'hypertonie ni l'hypotonie ne sont fonctionnelles. Le travail ostéopathique auprès des mères pendant la grossesse peut les aider à vivre la grossesse de façon fluide et non douloureuse. Le suivi après l'accouchement, même ponctuel, est utile pour les aider à se réapproprier leur corps, leur bassin, leur périnée, et soulager les douleurs et les tensions résiduelles. La rééducation périnéale qui suit en est d'autant plus efficace et confortable pour elles.

L'intrication entre la douleur et l'hypertonie

Nous allons terminer cette section sur la douleur et les complications périnatales par une illustration de l'intrication fréquemment observée entre les facteurs de douleur et d'hypertonie, autant pendant la grossesse que chez le bébé.

Enrico [8]

Ada a deux fils, Alexis l'aîné qui est autiste, puis Enrico que nous avons suivi dès la grossesse vu le risque d'autisme associé aux facteurs génétiques. Nous allons la reprendre ici uniquement sous l'angle du dialogue tonique intra-utérin. Nous isolerons les facteurs de douleur et d'hypertonie du tableau global, afin de souligner l'interrelation entre eux.

Nous rencontrons Ada à la fin de sa deuxième grossesse. Elle souffre de douleurs ligamentaires. Elle nous raconte l'histoire de ses douleurs pelviennes, dont le début est antérieur à sa première grossesse. Alors qu'elle est hôtesse de l'air, Ada fait une chute violente lors d'un moment de turbulences dans l'avion. La radiographie atteste de la fracture avec déplacement des trois dernières pièces coccygiennes. La douleur intense l'oblige à un arrêt de travail complet pendant trois mois. Puis, six mois plus tard, elle reprend à mi-temps, à un poste de bureau qui lui permet d'adapter ses postures selon la douleur. Elle reprend le travail à temps plein un an après la chute, mais elle devra s'asseoir sur une bouée pendant trois ans, car la position assise lui est toujours douloureuse.

C'est dans ces circonstances qu'elle se trouve enceinte de son premier enfant. La grossesse est difficile, Ada souffre de douleurs au dos, au coccyx et aux jambes. Ces douleurs sont tout à fait compatibles avec une lésion du coccyx. La tension

des muscles du périnée et des ligaments utéro-sacrés rende leur étirement difficile et douloureux lors de la grossesse.

L'accouchement par voie basse est déclenché à 41 SA + 2 jours. L'accouchement sera long, plus de deux jours entre le début des contractions et la naissance d'Alexis. Ada aura une épisiotomie. Elle souffrira d'hémorroïdes après cet accouchement qui nécessiteront une chirurgie.

Le deuxième enfant, désiré, se fait attendre. Ce n'est qu'après le décès de sa propre mère qu'Ada arrivera à tomber enceinte à nouveau. Cette deuxième grossesse, qui survient neuf ans après la première, est un calvaire : à nouveau, les douleurs ligamentaires reprennent. La perte de mobilité de son bassin rend l'adaptation difficile au changement de volume de son utérus. Ada souffre beaucoup, elle a du mal à se déplacer et à dormir. Elle souffre également d'anémie, qui la rend dyspnéique. Ada perd les eaux alors qu'elle est presque arrivée à son terme. Mais trois jours plus tard, malgré des contractions soutenues, le bébé n'arrive toujours pas. Enrico naîtra au bout du 4^e jour après la perte des eaux, à la suite d'une augmentation des doses de prostaglandine.

Dialogue tonique disharmonieux

Nous pouvons supposer que le dialogue tonique entre le bassin d'Ada et le corps d'Enrico n'a pas été harmonieux pendant la

grossesse. Un bassin douloureux est un bassin tendu, dont le tonus de base des muscles est plus élevé, c'est-à-dire que, même au repos, les muscles sont déjà contractés. Le bassin en tant que contenant n'a alors pas la souplesse pour s'adapter à son contenu, un fœtus en mouvement. Les tissus sont continuellement tendus à leur étirement maximal, sans possibilité d'ajustement et de fluctuation de tonus. Même si on ne l'envisage que sur un plan biomécanique, c'est dans cet environnement de tension et de rigidité que s'est développé Enrico.

Première séance à 13 jours

Ada nous donne des nouvelles assez rapidement après l'accouchement. Nous recevons Enrico pour la première fois alors qu'il n'a que 13 jours. Enrico ne pouvait pas téter au sein après la naissance. Comme il avait un frein de langue assez court et épais, il a été opéré à dix jours, dans un hôpital spécialisé : la frénectomie banale, réalisée en quelques minutes, ne pouvait pas être pratiquée avec Enrico car son frein labial était trop épais.

La chirurgie a été un véritable traumatisme. La maman décrit une scène terrible : elle était dans le couloir et a entendu son fils nouveau-né hurler de douleur durant vingt à trente minutes. L'opération aurait été compliquée et plus longue que prévue, les

autres parents récupéraient leur enfant à tour de rôle alors qu'elle restait dans un état d'impuissance, entendant hurler son fils sans pouvoir réagir. Quand elle l'a finalement récupéré, il avait un visage tout rouge et mouillé de larmes. Cette image reviendra souvent au cours de la prise en charge, lors de sa description des pleurs inhumains d'Enrico.

Le problème est qu'après cette chirurgie, Enrico ne pouvait toujours pas téter. Il en était exactement au même point. Et c'est à ce moment que la maman nous a donné de ses nouvelles. Nous avons immédiatement reçu Enrico et constaté qu'il avait l'articulation temporo-mandibulaire gauche luxée (ce qui sera confirmé par un ORL). La séance s'est passée dans le calme et la détente. Avec un doigt intrabuccal, nous avons mobilisé l'articulation temporo-mandibulaire. Le soir même, c'était beaucoup mieux, Enrico a pu téter au sein de façon apaisée. La maman nous a envoyé aussitôt un message pour le confirmer.

C'est la réponse au traitement qui nous a confirmé que l'hypothèse était juste. D'ailleurs, la maman décrivait très bien que, lorsqu'Enrico ouvrait la bouche, sa mandibule faisait une déviation latérale gauche. Cette ouverture de la bouche dans un mouvement latéral plutôt que haut-bas rendait l'allaitement douloureux pour la maman aussi. L'articulation n'a pas été remise une fois pour toutes, elle demeurerait fragile et c'est régulièrement que nous avons eu à vérifier sa mobilité.

Déjà, sur la photo d'Enrico prise à sa naissance, on peut voir clairement que son œil gauche est plus petit, et le pli au bord de

l'angle des lèvres à gauche est très accentué. Il était aussi dans une concavité crânio-sacrée gauche, probablement d'origine intra-utérine : soit il ne bougeait pas librement en raison des tensions internes du bassin de sa maman, et il s'est développé dans cette concavité gauche avec un appui sur -l'hémivisage gauche ; soit l'accouchement très long (presque quatre jours de contractions) lui a imprimé un certain nombre de tensions dans cette position de concavité gauche. Il est à noter que les contractions provoquées par les hormones pour déclencher l'accouchement sont beaucoup plus fortes que celles produites par un accouchement naturel (les mamans qui ont connu les deux types d'accouchement le disent : les premières exigent la pose d'une péridurale tant elles sont insupportables). Ces contractions sont douloureuses pour la mère, mais la force de contraction est aussi plus imposante sur le corps du bébé et induit plus de compression.

Le reflux, qui entraîne une difficulté à prendre la position sur le ventre

Un autre des points importants dans la singularité de ce bébé est la douleur du reflux gastro-œsophagien (RGO). Comme pour chaque bébé, nous avons pris le temps de détendre et d'assouplir l'abdomen, le thorax, le diaphragme, nous avons bien enroulé la base du crâne et les trois diaphragmes. Enrico a répondu favorablement à ce soin en fondant sous nos mains,

comme un petit chat qui ronronne. Il s'est très souvent endormi lors des séances tant il était apaisé. Nous avons donc été très surprise de constater qu'à 5 et 6 mois, il n'aimait pas être sur le ventre. Nous avons cru que c'était par suite de son reflux et que la douleur allait s'estomper par les soins et l'oméprazole. Mais ce qui est étonnant, c'est que l'irritation de l'estomac chez ce bébé semblait être redéclenchée perpétuellement. C'est ce qui nous fait penser que la douleur gastro-intestinale est un des facteurs de la fabrication d'un autisme. Étant donné notre expérience d'ostéopathe, nous pouvons dire ce que nous attendons d'une tension relâchée, et, quand la tension interne qui s'était si bien détendue revient presque comme si elle n'avait pas été travaillée, il y a fort à parier que la source de l'irritation est d'un autre ordre. C'est ce qui soutient l'origine métabolique des troubles gastro-intestinaux, telle qu'elle est décrite dans certaines études, chez la population d'enfants et d'adultes avec autisme.

Cette situation clinique, bien que décrite ici très partiellement, recouvre à elle seule un grand nombre de facteurs de risque : les facteurs génétiques (autisme du frère aîné) ; une grossesse douloureuse qui altère le dialogue tonique intra-utérin ; une naissance longue entraînant une luxation articulaire chez le bébé ; une chirurgie douloureuse dans les premiers jours ; la douleur relative au RGO ; une hypertonie dans un schéma d'extension... Force est de constater que ces éléments s'induisent les uns les autres, dans une intrication entre la douleur et l'hypertonie. La dialectique entre le schéma d'extension et la contenance a nécessité une triple prise en

charge, en psychanalyse, en psychomotricité et en ostéopathie. Nos nombreux échanges professionnels ont été une part importante du tissage de cette contenance, à la fois groupale et individuelle.

Notes du chapitre

[1] ↑ <http://www.uvsq.fr/diu-pelviperineologie>

[2] ↑ P. Guerby, O. Parant, E. Chantalat et coll., « Operative vaginal delivery in case of persistent occiput posterior position after manual rotation failure: A 6-month follow-up on pelvic floor function », *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 298, n° 1, juillet 2018, p. 111-120.

[3] ↑ À distinguer de la version, qui concerne le corps du fœtus et sa présentation par siège ou transverse ; la rotation de la tête s'effectue quand le fœtus se présente par la tête.

[4] ↑ T.T.A. Hayat et coll., « Neurodevelopmental correlates of fetal motor behavior assessed using cine MR imaging », *AJNR. American Journal of Neuroradiology*, vol. 39, n° 8, 2018, p. 1519-1522.

[5] ↑ Déchirure stade 4, périnée complet complété, c'est-à-dire que les sphincters anaux interne et externe sont détruits.

[6] ↑ O. Ami et coll., « Three-dimensional magnetic resonance imaging of fetal head molding and brain shape changes during the second stage of labor », *PloS One*, vol. 14, n° 5, 2019, p. 215-721.

[7] ↑ Nous l'avons mentionné dans la section sur le chevauchement des sutures crâniennes.

[8] ↑ Enrico a été suivi simultanément en psychothérapie et en sensori-motricité. Le détail de la prise en charge sera publié dans les actes du 4^e Congrès de la CIPPA : A. Beaulieu, « La spécificité de l'ostéopathie dans la prise en charge transdisciplinaire du bébé à risque d'autisme », dans M.D. Amy, A. Barral, B. Golse, *Des troubles sensoriels aux stratégies thérapeutiques*, Toulouse, érès, 2022.

17. L'ostéopathie pour soulager les douleurs et harmoniser le tonus

À quel niveau agit le traitement ostéopathique ?

Il est habituel dans les cercles analytiques de considérer que ce qui concerne le corps est de l'ordre de l'imaginaire, alors que le langage ou l'écriture sont garants d'un certain ordre symbolique pour le sujet. Quant au réel, on n'y aurait pas directement accès, sauf dans le cas de trauma pur. La proposition que nous avons faite à partir des travaux de Marie-Christine Laznik, notamment ceux concernant la formation de la tresse lors du nouage RSI ^[1], est de considérer que ce qui concerne le corps dans des lésions de structures est lié au réel du corps. Les cicatrices, chirurgies, fractures, lésions visibles de forceps et dysfonctions aphysiologiques (en rupture des axes physiologiques, comme les luxations articulaires), concernent directement le réel du corps.

Une séance d'ostéopathie implique donc forcément un peu des trois instances, Réel, Symbolique et Imaginaire. Mais il ne faut

pas négliger la part de réel traumatique à laquelle le traitement permet d'accéder, bien que ce réel soit toujours enveloppé de sa part de symbolique et d'imaginaire.

Ce qui est encore plus marquant est que le traitement ostéopathique ne concerne pas le corps du côté de l'image. Il s'adresse au vécu corporel, au ressenti. L'ostéopathie ne se situe pas sur le plan de l'image spéculaire. Faisons un parallèle avec une radiographie : une restriction de mobilité peut être palpable au test de mobilisation spécifique et douloureuse, sans que cela puisse être observable sur une radiographie. L'ostéopathie s'intéresse à la qualité tissulaire et à la souplesse, et ces données, bien que validées objectivement, ne se mesurent pas sur une image.

Quand un patient arrive au cabinet avec sa radiographie en déclarant : « Le médecin a dit qu'il n'y avait rien, mais j'ai toujours mal au dos », c'est un bon début. Nous nous plaisons à rappeler que c'est ce qu'il faut : qu'il n'y ait rien à la radiographie, c'est le point de départ à partir duquel nous pouvons travailler. S'il y avait « quelque chose », comme une tumeur, un spondylolisthesis, un stade d'arthrose avancé, ce serait plutôt une contre-indication ou une mise en garde pour le travail de l'ostéopathe.

Une des difficultés de notre pratique tient donc à l'identification d'un langage commun avec les autres professionnels de la santé, qui ont des points de référence du côté quantitatif.

Lors de la première séance avec un bébé qui a souffert d'un ictère, séance qui a été filmée, il est visible que je me questionne, tout en palpant le foie du bébé (« Mais qu'est-ce qu'il a, ce foie ? ») et j'y reviens à plusieurs reprises. Puis j'insiste auprès de la mère : « Vous êtes sûre, il n'a pas eu d'ictère ? » Alors la maman se rappelle : « Ah, je ne savais pas que je devais vous le dire ! Mais oui, il a eu un ictère qui a nécessité de la photothérapie et les taux de bilirubine ont eu du mal à descendre ! »

Cet accès à ce qui est de l'ordre du réel met l'ostéopathe dans la place difficile de « savoir », une place qui exige un positionnement intérieur attentif afin de ne pas tomber dans le piège de la toute-puissance. Lacan nous rappelle avec le nouage RSI que la réalité est toujours constituée d'un nouage entre le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire, que l'accès au réel pur est illusoire.

Mais à l'inverse, nier l'accès à une partie réelle du corps, en supposant que l'ostéopathe ne travaille que par l'effet de son positionnement symbolique ou que sur l'effet imaginaire (de suggestion, par exemple), ne permet pas de saisir l'enjeu de l'apport de l'ostéopathie chez les bébés douloureux, ni d'y réfléchir de façon ajustée.

C'est l'impression de contacter un réel qui donne à l'ostéopathe une certitude dans son travail. Mais s'il ne conserve pas à l'esprit que cet accès au réel du corps sera toujours voilé par l'imaginaire de sa propre réalité, de sa propre histoire, de ses

projections, cette certitude de départ peut vite se transformer en dogmatisme ou en toute-puissance. L'impression de pouvoir modeler le corps du patient peut faire basculer dans « l'effet démiurge », qui modèle le monde et la vie comme de la pâte à modeler, en mélangeant la matière avec l'étincelle divine.

Jean Bergès avait bien identifié le difficile positionnement des thérapeutes dont l'interface est la médiation corporelle : « Les thérapies à médiations corporelles considèrent le grand Autre comme directement accessible par le corps, sans la médiation du discours ou de la langue. Le grand Autre serait le corps comme directement accessible, avec effet direct sur la psyché et sur l'inconscient ^[2]. »

Pour la psychanalyse, l'accès à l'inconscient et au corps s'effectue par le biais du langage et des signifiants. C'est par le mécanisme du retour du refoulé que se donne à être perçu ce qui relève du grand Autre sur le corps. L'accès n'en est pas directement appréhensible.

Il faut donc prendre un peu de recul par rapport à ses certitudes quand on travaille avec le corps. La question du narcissisme du thérapeute est également centrale, car il est vrai que la qualité du travail ostéopathique dépend grandement de l'expérience et de la sensibilité de l'ostéopathe. Nous devons pourtant nous rappeler que le traitement ostéopathique est l'objet, l'ostéopathe et le bébé co créent cet objet par leur dialogue. C'est ce décalage qui permet de ne pas mettre le narcissisme du thérapeute au centre du traitement, écueil à

l'égard duquel nous met en garde J. Bergès quant aux psychothérapies qui ont le corps comme médiation : « Grand Autre = corps = narcissisme du thérapeute ^[3]. »

La personne qui occupe la fonction de grand Autre doit se garder d'être une totalité, en conservant une part de manque, de non-savoir. Que ce soit la mère, ou à plus forte raison le thérapeute, qui occupe une fonction de grand Autre, il demeure en réalité un petit autre limité et manquant... La fonction de grand Autre ne peut fonctionner qu'à condition de demeurer vide, en ne se confondant pas avec la place que l'on occupe pour le patient.

La fréquence des séances

Il existe aussi un certain nombre de croyances ou d'habitudes chez les ostéopathes quant à la fréquence des soins. Il est habituel de recevoir les patients deux à trois fois lors d'une situation aiguë, puis de les revoir en contrôle une à deux fois par an. Ce rythme n'est pas adapté aux enfants en retrait relationnel, pour lesquels le travail ne s'inscrit pas de la même façon tant que l'autre n'est pas inclus dans leur processus psychique. C'est d'autant plus vrai si des facteurs génétiques sont identifiés, car alors l'origine neurologique des troubles moteurs, ou celle métabolique des troubles gastro-intestinaux, est probable. Il ne s'agit pas uniquement « de replacer une

articulation bloquée ou de décoincer un nerf», comme on l'entend parfois. Le traitement ostéopathique chez les bébés en retrait relationnel vise à les soulager de leur douleur, à équilibrer leur tonus, à s'assurer qu'il n'y a pas de séquelle par suite de l'accouchement, et à accompagner leur développement psychomoteur. Les séances doivent être adaptées au rythme du développement du bébé, et être plus rapprochées dans les périodes où tout est mis en œuvre pour infléchir une trajectoire développementale. Les premières semaines sont cruciales.

Nous croyons, par ailleurs, qu'il est préférable de rester modeste dans l'effet escompté. Ce n'est pas parce qu'il y a un désengagement ^[4] dans les tissus à un instant t que l'ensemble du tableau clinique s'en trouvera forcément transformé. Les tensions peuvent aussi se manifester à nouveau lors des poussées de croissance, par exemple, ou lorsque la situation émotionnelle devient difficile à gérer ou est réactivée par un événement.

Le traitement est en place de tiers, l'objet d'une cocréation qui se tisse entre les mains de l'ostéopathe et le corps du bébé. L'ostéopathe conserve sa place de thérapeute, bien sûr, mais il ne peut pas imposer quoi que ce soit aux tissus du patient. Le travail est le résultat d'une cocréation, selon la disponibilité de chacun au moment de la séance et de la relation qui peut s'établir dans le dialogue tissulaire.

En revanche, nous sommes catégoriquement contre les techniques ostéopathiques lors desquelles le bébé hurle,

prétendument pour évacuer un vécu ou parce qu'il revivrait des traumatismes antérieurs dans une catharsis. Le système nerveux du bébé en retrait relationnel ne lui permet pas ces doses supplémentaires d'effraction. Nous devons nous garder d'ajouter des surstimulations à ces bébés hypersensibles, qui prennent peu appui sur l'autre. Il nous semble plus efficace de favoriser une prise en charge contenant et englobante.

Ces mises en garde étant posées, l'apport de l'ostéopathie dans l'équipe soignante s'occupant de nourrissons en retrait relationnel nous semble être absolument indispensable. Son action de détente du corps du nourrisson, de remise en mouvement des blocages relatifs à la naissance (notamment au niveau du crâne et des articulations), est fondamentale. La douleur est un des facteurs majeurs de désorganisation du corps du bébé, nous l'avons vu, et se manifeste par le schéma d'extension. L'ostéopathie agit en diminuant la douleur, en mobilisant les blocages articulaires et crâniens, en relâchant les hypertonies, et en harmonisant le tonus du bébé. Chacune de ces actions contribue au bien-être du bébé et favorise la mise en place du circuit pulsionnel.

L'enseignement et la validité de la palpation ostéopathique

Une des difficultés rencontrées dans la transmission de l'ostéopathie concerne la qualité de la palpation. Qu'est-ce qu'un ostéopathe ressent exactement sous ses mains? Et comment corrige-t-il les lésions ou les pertes de mobilité qu'il a identifiées? Le Centre ostéopathique du Québec, école reconnue pour sa rigueur scientifique, utilise un protocole d'enseignement de la palpation en sept étapes ^[5], regroupées sous le signe P-A-L-P-A-T-E (« palper »).

Fig. 14. L'apprentissage de la palpation en sept étapes ^[6].

Table 1 Seven-step palpation method.			
Step			Description
Step 1 to 5: Automation of motor component			
1	P	Position	Comfortable positioning of the clinician
2	A	Anatomy	3D anatomic visualization
3	L	Level	Depth of tissue contact
4	P	Purpose	Clear identification of intention
5	A	Ascertain	Initiate motion with a relative point of reference
Step 6: Addition of perceptual component			
6	T	Tweaking	Fine-tuning of the five previous steps and perceptual exploration
Step 7: Application of motor and perceptual skills in osteopathic technique			
7	E	Evaluate or normalize	Apply technique parameters

Les cinq premières étapes concernent la composante d'action du thérapeute, qui doit préalablement être bien positionné, avoir une idée précise de l'anatomie de la zone du corps qu'il désire évaluer, positionner ses mains au bon niveau de pression, en n'étant pas trop superficiel mais en appuyant pas trop fort non plus, avoir en tête avec précision le geste qu'il

s'apprête à effectuer, puis effectuer son test de mobilité en ayant un point de référence (un point est mobile par rapport à un point fixe).

L'étape 6 est constituée par un réajustement plus fin des cinq précédentes étapes. La dernière étape est constituée par la technique à effectuer en tant que telle, soit un test de mobilité ou une technique de normalisation de la structure.

Cette façon précise et détaillée est fort utile pour garder l'attention présente dans l'action à effectuer – bien que, de l'extérieur, il soit fréquent de ne pas percevoir exactement l'intention ou le mouvement des mains de l'ostéopathe, tellement la technique exige des mouvements fins et précis. C'est l'avantage d'utiliser un protocole détaillé qui aide à s'y retrouver et à réévaluer en rétroaction la qualité du travail que l'on fait, la qualité de relâchement tissulaire obtenue et l'atteinte des objectifs de départ.

La palpation comporte-t-elle une bonne validité inter-évaluateurs, c'est-à-dire deux examinateurs trouvent-ils la même lésion? Cette question a été testée en préambule à l'étude ^[7] de cohorte sur la mobilité des os temporaux en lien avec l'otite du nourrisson. Le protocole a été constitué de la façon suivante: 22 bébés de 5 à 18 mois ont été évalués en double aveugle. Deux ostéopathes ont évalué la mobilité de chacun des os temporaux en utilisant la méthode en sept étapes décrite ci-dessus. Le critère d'évaluation d'une lésion sévère a été déterminé ainsi: 0: absence de lésion, 1: lésion légère à

modérée, et 2 : blocage sévère de la mobilité. Seules les valeurs 2 ont été retenues (les blocages sévères).

L'indice Kappa a été interprété suivant Landis et Koch : <0.40 médiocre à passable (*poor-to-fair*), 0.41-0.60 modérée (*moderate*), 0.61-0.80 substantielle, solide (*substantial*), et 0.80-1.00 presque parfaite (*almost perfect*). Les résultats de la validité interévaluation ont été de $k = 0.65$, 95 % CI [0.35-0.94] pour l'ensemble des os temporaux testés, ce qui signifie une validité de résultats substantielle et solide. À la lumière de ces informations, les auteurs concluent que les résultats obtenus par le test de palpation basé sur le protocole de palpation utilisé pour détecter une dysfonction sévère de l'os temporal, sont fiables et peuvent servir à des buts de recherche.

La précision quant à l'évaluation et au protocole de traitement nous semble fondamentale dans le cadre des prises en charge multidisciplinaires qui sont les nôtres auprès des nourrissons en retrait relationnel. D'autres études sont à prévoir afin de soutenir scientifiquement la qualité du travail des ostéopathes de nourrissons.

Notes du chapitre

[1] ↑ M.-C. Laznik, « Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit », dans M. Bergès-Bouanes et J.-M. Forget, *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent*, Toulouse, érès, 2016.

[2] ↑ J. Bergès, G. Balbo, *Psychothérapies d'enfant, enfants en psychanalyse, Toulouse, érès, 2004.*, p. 56-57.

[3] ↑ *Ibid.*, p. 59.

[4] ↑ Terme utilisé en ostéopathie pour décrire un relâchement tissulaire total.

[5] ↑ A. Aubin, K. Gagnon, C. Morin, « The seven-step palpation method: A proposal to improve palpation skills », *International Journal of Osteopathic Medicine*, vol. 17, n° 1, mars 2014, p. 66-72.

[6] ↑ *Ibid.*

[7] ↑ C. Morin et coll., « Suture restriction of the temporal bone as a risk factor for acute otitis media in children: Cohort study », *BMC pediatrics*, vol. 12, novembre 2012, p. 181.

Conclusion

L'hypothèse initiale de ce travail a été notre impression clinique que les bébés en retrait relationnel souffrent plus souvent de complications périnatales que les bébés tout-venant. Nous avons étayé notre recherche sur la littérature scientifique actuelle, articulée aux fondements théoriques de notre pratique et à la description d'histoires de cas. C'est dans la rencontre avec chacun de ces bébés et leur famille que s'est déplié le fil de nos observations. Nous avons ainsi pu témoigner de quelle façon la douleur et les complications périnatales sont venues s'inscrire dans l'histoire singulière de chacun.

Nous avons aussi voulu illustrer le fait que, même dans les cas où il n'y a effectivement rien à noter au carnet de santé concernant une éventuelle complication périnatale, celle-ci avait pu être vécue comme telle, soit par les parents, soit par le bébé. Les traces laissées dépendent tout aussi bien de l'ampleur de l'impact que de la surface sur laquelle elles s'inscrivent. La qualité de cette surface est subjective et individuelle, c'était précisément une des spécificités de ce travail que d'en détailler le grain, la texture et la substance.

Nous avons vu, en premier lieu, que l'autisme est un trouble neurodéveloppemental dont les signes sensori-moteurs peuvent être détectés dès les premiers mois de vie. Les difficultés

d'organisation corporelle des bébés qui sont devenus autistes font dès le départ obstacle à l'établissement d'une relation avec leurs parents. Leur corps ne leur permet pas les micro-ajustements nécessaires à un accordage réciproque. La désorganisation du corps du bébé brouille ses intentions et les rend difficilement interprétables.

La qualité des mouvements généraux reflète la qualité de l'état neurologique du nourrisson. Les bébés qui sont devenus autistes ont une mauvaise qualité de mouvements généraux, particulièrement ceux nommés *fidgety*, apparaissant entre 3 et 5 mois. Nous avons vu que les bébés qui n'ont pas une motricité adressée et intentionnelle demeure, avec une sous-plaque épaisse (témoignant d'une motricité générale et non spécifiquement adressée), alors que celle-ci se résorbe par apoptose dès 5 mois, avec l'advenue de la motricité volontaire et dirigée. Ce point clé de notre développement mérite toute notre attention : il est primordial de restaurer le parent comme lieu d'adresse des intentions du bébé, car le changement alors ne s'opère pas uniquement sur le *fonctionnement* du corps du bébé mais bien sur la *structure* de son système nerveux central. Nous avons développé le fait que tout le développement psychomoteur se coconstruit en interaction, et que les espaces internes du corps se coconstruisent relativement aux espaces de relation.

La deuxième partie a été consacrée à l'Autre, à la place indispensable qu'il occupe pour le bébé en tant que formidable centre organisateur de sa motricité et attracteur de sa vie

pulsionnelle. Nous avons parcouru l'évolution du concept de contenance d'abord physique puis psychique, à travers les différents auteurs. Que ce soit sous forme de contenance ou de point pivot central organisateur, l'élection de l'Autre en tant qu'objet à cette place vide vient rassembler le corps du bébé. La relance du troisième temps pulsionnel est le facteur déterminant qui permettra l'inscription de l'Autre au sein de la vie pulsionnelle et psychique du bébé. Nous avons détaillé le concept d'excitations comme prémices à la pulsion, faisant ressortir son caractère fondamental comme moteur du corps pulsionnel. Notre description du corps pulsionnel a illustré l'importance des mises en forme du corps pour favoriser la mise en route du champ pulsionnel chez le bébé vers l'Autre.

La troisième partie nous a permis de prendre la mesure de l'impact de la douleur et des complications périnatales chez le nourrisson, en l'entraînant dans un schéma d'extension et en le maintenant dans un processus primaire. À partir de l'*Esquisse* de Freud, nous avons vu de quelle façon la douleur peut entraver la mise en place de la vie psychique du bébé, en entravant à la fois l'inscription psychique de l'autre, mais aussi en rendant nécessaire la survenue de mécanismes de défense liés aux pulsions. Nous avons passé en revue les différentes complications périnatales en soulignant de quelle façon elles avaient retenti sur les bébés qui nous ont consultée par suite d'un retrait relationnel. Nous avons aussi abordé la délicate question des complications périnéales chez les mères et l'importance du dialogue tonique avec leur bébé pendant la

grossesse. Nous avons terminé cette section en explicitant la nature du travail ostéopathique, ses apports et ses limites.

Un regard vers l'avenir

Nous proposons que soit mis en place un suivi pendant la grossesse et les premières semaines après la naissance des bébés à risque d'autisme, comprenant l'évaluation systématique de leurs mouvements généraux et la recherche du signe PRÉAUT à 4 et 9 mois, tel qu'il a été validé scientifiquement. Ces mesures, somme toute assez simples, sont sans comparaison avec les coûts exigés par une prise en charge tardive, une fois que la pente autistique est déjà engagée et que seule l'adaptation à un appareil défaillant peut être envisagée. Par leurs compétences et leur accessibilité, les masseurs-kinésithérapeutes sont des personnes clés à intégrer dans ce travail de prévention et de détection précoce.

La précocité de la prise en charge se doit d'être affinée, car les résultats escomptés ne sont pas du tout les mêmes quand le suivi débute entre 3 et 5 mois. Un travail dans cette période permet une profonde modification de la structure du bébé. Nous sommes résolument convaincue que les résultats de notre travail sont démultipliés quand ils sont tissés dans le cadre d'une prise en charge transdisciplinaire : en psychanalyse, afin de favoriser l'émergence de la singularité pulsionnelle du bébé

en accordage avec son parent ; en psychomotricité, pour soutenir le développement sensori-moteur du bébé ; et à l'aide d'une ostéopathie douce qui diminue la douleur du nourrisson et harmonise son tonus. Notre expérience clinique nous amène à penser qu'une prise en charge précocissime, avant la période fondamentale des 3 à 5 mois peut éviter qu'un bébé ne s'engage sur une pente autistique.

Bibliographie

ADRIEN, J.-L. ; LENOIR, P. ; MARTINEAU, J. et coll. 1993. « Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 3, p. 617-626.

AIZAWA, C.Y.P. ; EINSPIELER, C. ; GENOVESI, F.F. et coll. 2020. « The general movement checklist: A guide to the assessment of general movements during preterm and term age », *Jornal de Pediatria*, novembre 2020.

AMI, O. ; MARAN, J.-C. ; GABOR, P. et coll. 2019. « Three-dimensional magnetic resonance imaging of fetal head molding and brain shape changes during the second stage of labor », *PloS One*, vol. 14, n° 5, p. 215-721.

AMIN, S.B. ; SMITH, T. ; WANG, H. 2011. « Is neonatal jaundice associated with Autism Spectrum Disorders? A systematic review », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 41, n° 11, novembre, p. 1455-1463.

ANAND, K.J. ; HICKEY, P.R. 1987. « Pain and its effects in the human neonate and fetus », *The New England Journal of Medicine*, vol. 317, n° 21, novembre, p. 1321-1329.

ASSOUN, P.-L. 2013. *L'excitation et ses destins inconscients*, Paris, Puf.

AUBIN, A. ; GAGNON, K. ; MORIN, C. 2014. « The seven-step palpation method: A proposal to improve palpation skills », *International Journal of Osteopathic Medicine*, vol. 17, n° 1, mars, p. 66-72.

- AUZIAS, M. 1993. « Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon », *Enfance*, vol. 46, n° 1, p. 93-99.
- AVINO, T.A. ; HUTSLER, J.J. 2010. « Abnormal cell patterning at the cortical gray-white matter boundary in autism spectrum disorders », *Brain Research*, vol. 1360, novembre, p. 138-146.
- BALBO, G. ; BERGÈS, J. 2001. *Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique ».
- BARANEK, G.T. 1999. « Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, n° 3, p. 213-224.
- BEAULIEU, A. 2017. « La possibilité d'inscription du signifiant peut-elle être liée à la texture du corps du bébé ? », *Journal français de psychiatrie*, vol. 46, n° 2, p. 149-152.
- BEAULIEU, A. 2019. « Ming, le Désir et l'éthique. La dialectique entre Ming et Xing », *Journal français de psychiatrie*, vol. 48, n° 2, p. 115-123.
- BEAULIEU, A. 2020. « Naître à crédit : les effets de la relation sur la formation du cortex moteur », *Journal français de psychiatrie*, vol. 49, n° 1, p. 54-58.
- BEAULIEU, A. ; LHEUREUX-DAVIDSE, C. 2018. « Hyperbilirubinémie modérée », *Research in Psychoanalysis*, n° 26, p. 142a-153a.
- BENNEMA, A.N. ; SCHENDELAAR, P. ; SEGGER, J. et coll. 2016. « Predictive value of general movements' quality in low-risk infants for minor neurological dysfunction and behavioural problems at preschool age », *Early Human Development*, vol. 94, mars, p. 19-24.

BENTATA, H. 2020. « Le giron maternel, un fondement pulsionnel essentiel : la pulsion de portage », *Journal français de psychiatrie*, vol. 49, n° 1, p. 78-86.

BERGÈS, J. 2005. *Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique ».

BERGÈS, J. ; BALBO, G. 2004. *Psychothérapies d'enfant, enfants en psychanalyse*, Toulouse, érès.

BERGÈS-BOUNES, M. 2011. « Corps de la mère, corps de l'enfant », dans M. Bergès-Bounes, J.M. Forget (sous la direction de), *Le corps, porte-parole de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, érès.

BERGÈS-BOUNES, M. 2015. « À cheval, gendarmes ! », dans *Vivre le multilinguisme*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique », p. 11-26.

BERTHOZ, A. 2008. « L'échange par le regard », *Enfances&PSY*, n° 41, p. 33-49.

BERTHOZ A. ; BACHOUD-LÉVI, A.-C. (sous la direction de). 2004. *L'empathie*, Paris, Odile Jacob.

BLACK, C. ; KAYE, J.A. ; JICK, H. 2002. « Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: Nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 325, n° 7361, août, p. 419-421.

BUIE, T. ; CAMPBELL, D.B., FUCHS, G.J. et coll. 2010. « Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: A consensus report », *Pediatrics*, n° 125, suppl. 1, janvier, p. 1-18.

BULLINGER, A. 2013. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, t.1, *Un parcours de recherche*, Toulouse, érès, 2013, p. 24.

- BULLINGER, A. ; DELION, P. 2008. « Éditorial », *Contraste*, n° 28-29, p. 5-16.
- BURGER, M. ; LOUW, Q.A. 2009. « The predictive validity of general movements: A systematic review », *European Journal of Paediatric Neurology*, vol. 13, n° 5, septembre, p. 408-420.
- CHEMAMA, R. ; VANDERMERSCH, B. (sous la direction de). 2009. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, coll. « In extenso ».
- CICCONE, A. 2012. « Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2, n° 2, p. 397.
- CIONI, G. ; PRECHTL, H.F.R. 1990. « Preterm and early postterm motor behaviour in low-risk premature infants », *Early Human Development*, vol. 23, n° 3, septembre, p. 159-191.
- CIONI, G. ; PRECHTL, H.F.R. ; FERRARI, F. et coll. 1997. « Which better predicts later outcome in full-term infants: Quality of general movements or neurological examination? », *Early Human Development*, vol. 50, n° 1, novembre, p. 71-85.
- COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE ; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 2000. « La prévention et la prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né », *Paediatr. Child Health*, vol. 5, n° 1, p. 39-47.
- COUVERT, M. 2018. *La clinique pulsionnelle du bébé*, Toulouse, érès.
- CROEN, L.A. ; YOSHIDA, C.K. ; ODOULI, R. et coll. 2005. « Neonatal hyperbilirubinemia and risk of autism spectrum disorders », *Pediatrics*, vol. 115, n° 2, février, p. 135-138.

- DELGADO-AROS, S. ; CAMILLERI, M. 2005. « Visceral hypersensitivity », *Journal of Clinical Gastroenterology*, vol. 39, n° 5, suppl. 3, juin, p. 194-203
- DOLTO, C. 2014. « Réflexions sur la gestation pour autrui », *Le débat*, n° 180, mai, p. 147-153.
- DRAPER, E.S. ; KURINCZUK, J.J. ; ABRAMS, K.R. et coll. 1999. « Assessment of separate contributions to perinatal mortality of infertility history and treatment: a case-control analysis », *Lancet*, vol. 353, n° 9166, mai, p. 1746-1749.
- DREWS, U. ; EICHMANN, A. 2006. *Atlas de poche d'embryologie*, Paris, Flammarion, coll. « médecine-sciences ».
- DUBOIS, A. ; RATTAZ, C. ; PRY, R. et coll. 2010. « Autisme et douleur : analyse bibliographique », *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, vol. 15, n° 4, p. 245-253.
- EINSPIELER, C. ; BOS, A.F. ; LIBERTUS, M.E. et coll. 2016. « The general movement assessment helps us to identify preterm infants at risk for cognitive dysfunction », *Frontiers in Psychology*, vol. 7, mars, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801883/>.
- EINSPIELER, C. ; KERR, A.M. ; PRECHTL, H.F.R. 2005. « Is the early development of girls with Rett disorder really normal? », *Pediatric Research*, vol. 57, n° 5, p. 696-700.
- EINSPIELER, C. ; SIGAFOOS, J. ; BÖLTE, S. et coll. 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*, vol. 8, n° 3, mars, p. 286-291.
- FARGES, F. 2007. « Le fœtus au ballon : contribution à l'étude du passage du fœtus au nourrisson », *Cahiers de PRÉAUT*, vol. 4, n° 1,

p. 19-28.

FERRARI, F. ; CIONI, G. ; EINSPIELER, C. et coll. 2002. « Cramped-synchronized general movements in preterm infants as an early marker for cerebral palsy », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 5, mai, p. 460-467.

FERRON, C. 2011. « Lecture du texte de Freud, *Die Verneinung* : un exemple d'emploi dans les séminaires de Jean Bergès », *La revue lacanienne*, vol. 9, n° 1, p. 135-146.

FLANAGAN, J.E. ; LANDA, R. ; BHAT, A. et coll. 2012. « Head lag in infants at risk for autism: A preliminary study », *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, vol. 66, n° 5, octobre, p. 577-585.

FORGET, J.M. 2011. *Les enjeux des pulsions : la clinique des pulsions, une clinique actuelle*, Toulouse, érès, coll. « Psychanalyse et clinique ».

FREUD, S. 1987. « Esquisse », trad. J.-P. Hiltenbrand et C. Dorgeuille, document de travail réservé aux membres de l'Association freudienne.

FREUD, S. 1900. *L'interprétation du rêve*, Paris, Le Seuil, 2013.

FREUD, S. 1921. « Psychologie des foules et analyse du moi », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2015.

FREUD, S. 1925. « La négation », dans *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, Puf.

FREUD, S. 1973. *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».

FREUD, S. 1988. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.

- FREUD, S. 2009. *Métapsychologie*, Paris, Gallimard.
- GETAHUN, D. ; FASSETT, M.J. ; PELTIER, M.R. et coll. 2017. « Association of perinatal risk factors with Autism Spectrum Disorder », *American Journal of Perinatology*, vol. 34, n° 3, février, p. 295-304.
- GOLSE, B. 2008. *Du corps à la pensée*, Paris, Puf.
- GOLSE, B. 2020. *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*, Toulouse, érès.
- GOYAL, D.K. ; MIYAN, J.A. 2014. « Neuro-immune abnormalities in autism and their relationship with the environment: a variable insult model for autism », *Frontiers in Endocrinology*, vol. 5, p. 29.
- GUERBY, P. ; PARANT, O. CHANTALAT, E. et coll. 2018. « Operative vaginal delivery in case of persistent occiput posterior position after manual rotation failure: A 6-month follow-up on pelvic floor function », *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 298, n° 1, juillet, p. 111-120.
- HAAG, G. 1985. « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, vol. 33, n° 2-3, p. 107-114.
- HAAG, G. 1998. *Identification adhésive, identité adhésive, adhésivité*, Paris, éditions du Collège de psychanalyse groupale et familiale.
- HAAG, G. 2018. *Le moi corporel. Autisme et développement*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- HAAG, G. 2002 [2013]. *Le théâtre des mains*, genevievehaagpublications.fr
- HADDERS-ALGRA, M. 2018. « Neural substrate and clinical significance of general movements: An update », *Developmental*

Medicine and Child Neurology, vol. 60, n° 1, p. 39-46.

HADDERS-ALGRA, M. ; GROOTHUIS, A.M. 1999. « Quality of general movements in infancy is related to neurological dysfunction, ADHD, and aggressive behaviour », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 41, n° 6, juin, p. 381-391.

HADDERS-ALGRA, M. ; MAVINKURVE-GROOTHUIS, A.M.C. ; GROEN, S.E. et coll. 2004. « Quality of general movements and the development of minor neurological dysfunction at toddler and school age », *Clinical Rehabilitation*, vol. 18, n° 3, mai, p. 287-299.

HANSEN, M. ; COLVIN, L. ; PETTERSON, B. et coll. 2008. « Admission to hospital of singleton children born following assisted reproductive technology (ART) », *Human Reproduction*, vol. 23, n° 6, juin, p. 1297-1305.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. 2015. « Diagnostic par sérologie et/ou par recherche du génome viral de l'infection congénitale à cytomégalovirus », https://www.has-sante.fr/jcms/c_2572929/fr/diagnostic-par-serologie-et/ou-par-recherche-du-genome-viral-de-l-infection-congenitale-a-cytomegalovirus.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. 2018. *TSA : signes d'alerte repérage, diagnostic et évaluations chez l'enfant et l'adolescent*, Méthode-Recommandations pour la pratique clinique.

HAYAT, T.T.A. ; MARTINEZ-BIARGE, M. ; KYRIAKOPOULOU, V. et coll. 2018. « Neurodevelopmental correlates of fetal motor behavior assessed using Cine MR Imaging », *AJNR. American Journal of Neuroradiology*, vol. 39, n° 8, août, p. 1519-1522.

HAYAT, T.T.A. ; RUTHERFORD, M.A. 2018. « Neuroimaging perspectives on fetal motor behavior », *Neuroscience and Biobehavioral*

Reviews, vol. 92, septembre, p. 390-401.

HELMERHORST, F.M.; PERQUIN, D.A.M.; DONKER, D. et coll. 2004. « Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: A systematic review of controlled studies », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 328, n° 7434, janvier, p. 261.

HISLE-GORMAN, E. ; SUSI, A. ; STOKES, T. et coll. 2018. « Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors of autism spectrum disorder », *Pediatric Research*, vol. 84, n° 2, p. 190-198.

HORVATH, K. ; PERMAN, J.A. 2002. « Autistic disorder and gastrointestinal disease », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 14, n° 5, octobre, p. 583-587.

HUTSLER, J.J., LOVE, T. ; ZHANG, H. 2007. « Histological and magnetic resonance imaging assessment of cortical layering and thickness in autism spectrum disorders », *Biological Psychiatry*, vol. 61, n° 4, février, p. 449-457.

IVERSON, J.M. 2010. « Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development », *Journal of Child Language*, vol. 37, n° 2, mars, p. 229-261.

JACKSON, R.A.; GIBSON, K.A.; WU, Y.W. et coll. 2004. « Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 103, n° 3, mars, p. 551-563.

JANGAARD, K.A. ; FELL, D.B. ; DODDS, L. et coll. 2008. « Outcomes in a population of healthy term and near-term infants with serum bilirubin levels of ≥ 325 micromol/L (≥ 19 mg/dL) who were born in Nova Scotia, Canada, between 1994 and 2000 », *Pediatrics*, vol. 122, n° 1, juillet, p. 119-124.

- JENABI, E. ; BASHIRIAN, S. ; KHAZAEI, S. 2020. « Association between neonatal jaundice and autism spectrum disorders among children: a meta-analysis », *Clinical and Experimental Pediatrics*, vol. 63, n° 1, 2020, p. 8-13.
- JOHNSON, L. ; BHUTANI, V.K. 2011. « The clinical syndrome of bilirubin-induced neurologic dysfunction », *Seminars in Perinatology*, vol. 35, n° 3, juin, p. 101-113.
- JOLY, F. (sous la direction de). 2016. *L'enfant autiste et son corps. Une approche psychomotrice de l'autisme infantile*, préface de Pierre Delion, Paris, In Press.
- KROEKER, R. 2000. Rhythmic behaviors in typically developing infants, and infants with later diagnosed autism or developmental delay. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, University of Washington.
- KWONG, A.K.L. ; FITZGERALD, T.L. ; DOYLE, L.W. et coll. 2018. « Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy: a systematic review », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 60, n° 5, mai, p. 480-489.
- LACAN, J. 1966. *Écrits*, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien ».
- LACAN, J. 1973. Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.
- LACAN, J. 1974. *Télévision*, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien ».
- LACAN, J. 1975. Le Séminaire, Livre I (1953-1954), *Les écrits techniques de Freud*, Paris, Le Seuil.
- LACAN, J. 1978. Le Séminaire, Livre II (1954-1955), *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.

LACAN, J. 1986. Le Séminaire, Livre VII (1959-1960), *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.

LACAN, J. 2004. Le Séminaire, Livre X (1962-1963), *L'angoisse*, Paris, Le Seuil.

LAMBERT, R.D. 2003, « Safety issues in assisted reproductive technology: aetiology of health problems in singleton ART babies », *Human Reproduction*, vol.18, n°10, octobre, p.1987-1991.

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*, vol. 25, n° 2, p. 53-81.

LAZNIK, M.-C. 2016. *Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ?*, Toulouse, érès.

LAZNIK, M.-C. 2020. « Comment les difficultés de la motricité du nourrisson peuvent mettre en échec les premières organisations signifiantes avec son Prochain Secourable », *Journal français de psychiatrie*, vol. 49, n° 1, p. 10-14.

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*, vol. 20, n° 6, p. 634-660.

LHEUREUX-DAVIDSE, C. 2012. « Entendre pour regarder dans la clinique de l'autisme. D'où vient cette voix qui me fait exister ? », dans *La voix aveugle, voix / psychanalyse*, Paris, Solilang, coll. « Solipsy », p. 78-94.

LHEUREUX-DAVIDSE, C. 2015. « Autisme, rencontre et narrativité », www.psynem.org.

LHEUREUX-DAVIDSE, C. 2018. «angoisses spatiales et création de l'espace dans la clinique de l'autisme », *Le Coq-Héron*, n° 235, p. 50-60.

LOOMES, R. ; HULL, L. ; MANDY, W.P.L. 2017. « What is the -male-to--female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 56, n° 6, juin, p. 466-474.

MAERTENS DE NOORDHOUT, A. ; DELWAIDE, P. J. 1988. « The palmomental reflex in Parkinson's disease. Comparisons with normal subjects and clinical relevance », *Archives of Neurology*, vol. 45, n° 4, avril, p. 425-427.

MAESTRO, S. ; MURATORI, F. ; CAVALLARO, M.C. et coll. 2005. « How young children treat objects and people: An empirical study of the first year of life in autism », *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 35, n° 4, p. 383-396.

MARSHIK, P.B. ; SOLOVEICHICK, M. ; WINDPASSINGER, C. et coll. 2015. « General movements in genetic disorders: A first look into Cornelia de Lange syndrome », *Developmental Neuropsychology*, vol. 18, n° 4, p. 280-282.

McELHANON, B.O. ; McCracken, C. ; KARPEN, S. et coll. 2014. « Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A meta-analysis », *Pediatrics*, vol. 133, n° 5, mai, p. 872-883.

McFADDEN, K. ; MINSHEW, N.J. 2013. « Evidence for dysregulation of axonal growth and guidance in the etiology of ASD », *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 7, p. 671.

MELLIER, D. 2005. *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail de lien: une théorie de la fonction contenante*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».

MELTZER, D. et coll. 2002. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot & Rivages.

MICHEL-SCHWEITZER, C. 2013. *Ostéopathie intrapelvienne et arbre gynécologique : sexualité et identité*, Paris, Lulu Com.

MIDDELBURG, K.J. ; HAADSMA, M.L. ; HEINEMAN, M.J. et coll. 2010. « Ovarian hyperstimulation and the in vitro fertilization procedure do not influence early neuromotor development; A history of subfertility does », *Fertility and Sterility*, vol. 93, n° 2, février, p. 544-553.

MORIN, C. ; DORION, D. ; MOUTQUIN, J.-M. et coll. 2012. « Suture restriction of the temporal bone as a risk factor for acute otitis media in children: Cohort study », *BMC pediatrics*, vol.12, novembre, p. 181.

MORIN, I. 2007. « Les mots et la Chose », *Psychanalyse*, vol. 8, n° 1, p. 5-22.

MURATORI, F. ; APICELLA, F. ; MURATORI, P. ; MAESTRO, S. 2011. « Intersubjective disruptions and caregiver-infant interaction in early Autistic Disorder », *Res. Autism Spectr. Disorders*, vol. 5, p. 408-417.

NAGODE, D.A. ; MENG, X. ; WINKOWSKI, D.E. et coll. 2017. « Abnormal development of the earliest cortical circuits in a mouse model of autism spectrum disorder », *Cell Reports*, vol.18, n° 5, p.1100-1108.

NELSON, K.E. ; SERGUEEF, N. ; GLONEK, T. 2006. « Recording the rate of the cranial rhythmic impulse », *The Journal of the American*

Osteopathic Association, vol. 106, n° 6, juin, p. 337-341.

ØBERG, G.K. ; JACOBSEN, B.K. ; JØRGENSEN, L. 2015. « Predictive value of general movement assessment for cerebral palsy in routine clinical practice », *Physical Therapy*, vol. 95, n° 11, novembre, p. 1489-1495.

OLLIAC, B. ; CRESPIEN, G.C. ; LAZNIK, M.-C. et coll. 2017. « Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid », *plos one*, vol. 12, décembre.

OSTERLING, J. ; DAWSON, G. 1994. « Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 24, n° 3, p. 247-257.

PALOMO, R. ; BELINCHÓN, M. ; OZONOFF, S. 2006. « Autism and family home movies: A comprehensive review », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, vol. 27, n° 2 suppl, avril, p. 59-68.

PANDIAN, Z. ; BHATTACHARYA, S. ; TEMPLETON, A. 2001. « Review of unexplained infertility and obstetric outcome: A 10-year review », *Human Reproduction*, vol. 16, n° 12, décembre, p. 2593-2597.

PANKSEPP, J. 1979. « A neurochemical theory of autism », *Trends in Neurosciences*, vol. 2, janvier, p. 174-177.

PERNON, É. ; RATAZ, C. 2003. « Les modes d'expression de la douleur chez l'enfant autiste : étude comparée », *Devenir*, vol. 15, n° 3, p. 263-277.

PHAGAVA, H. ; MURATORI, F. ; EINSPIELER, C. et coll. 2008. « General movements in infants with autism spectrum disorders »,

Georgian Medical News, mars, p. 100-105.

PINTO-MARTIN, J.A. ; LEVY, S.E. ; FELDMAN, J.F. et coll. 2011. « Prevalence of autism spectrum disorder in adolescents born weighing <2000 grams », *Pediatrics*, vol. 128, n° 5, novembre, p. 883-891.

POLITI, S. ; DEMIDIO, L. ; CIGNINI, P. et coll. 2010. « Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach », *Journal of Prenatal Medicine*, vol. 4, n° 3, juillet, p. 35-42.

PRITCHARD, M.A. ; DASSEL, T. de ; BELLER, E. et coll. 2016. « Autism in toddlers born very preterm », *Pediatrics*, vol. 137, n° 2, février, p. e20151949.

REVARDEL, J.-L. 2014. « Tonus de communication affective ou communication affective tonique », dans *Haptonomie et psychothérapie*, Paris, Puf, coll. « Hors collection », p. 123-145.

ROSE, J. ; VASSAR, R. 2015. « Movement disorders due to bilirubin toxicity », *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, vol. 20, n° 1, février, p. 20-25.

RYBUS, C. [VNV]. 2020. *Si j'avais su ! : l'ostéopathie au service des femmes*, Paris, Éditions Leduc.s.

SAINT-GEORGES, C. ; CASSEL, R.S. ; COHEN, D. et coll. 2010. « What studies of family home movies can teach us about autistic infants: A literature review », *Research in Autism Spectrum Disorders*, vol. 4, n° 3, juillet, p. 355-366.

SAINT-GEORGES, C. ; LAZNIK, M.-C. ; CASSEL, R. 2013. « Perspectives cliniques et théoriques », *Cahiers de PRÉAUT*, décembre, p. 137-144.

SAINT-GEORGES, C. ; MAHDHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. et coll. 2011. « Do parents recognize autistic deviant behavior long before

diagnosis? Taking into account interaction using computational methods », *plos one*, vol. 6, n° 7, juillet, p. 22393.

SAMSAM, M. ; AHANGARI, R. ; NASER, S.A. 2014. « Pathophysiology of autism spectrum disorders: revisiting gastrointestinal involvement and immune imbalance », *World Journal of Gastroenterology*, vol. 20, n° 29, août, p. 9942-9951.

SCHIEVE, L.A. ; RICE, C. ; DEVINE, O. et coll. 2011. « Have secular changes in perinatal risk factors contributed to the recent autism prevalence increase? Development and application of a mathematical assessment model », *Annals of Epidemiology*, vol. 21, n° 12, décembre, p. 930-945.

SOLOVEICHICK, M. ; MARSCHIK, P.B., GOVER, A. et coll. 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*, vol. 32, n° 4, août, p. 587-598.

TEITELBAUM, O. ; BENTON, T. ; SHAH, P.K. et coll. 2004. « Eshkol-Wachman movement notation in diagnosis: the early detection of Asperger's syndrome », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 101, n° 32, août, p. 11909-11914.

THOMSON, F. ; SHANBHAG, S. ; TEMPLETON, A. et coll. 2005. « Obstetric outcome in women with subfertility », *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, n° 5, mai, p. 632-637.

TORDJMAN, S. ; ANDERSON, G.M. ; BOTBOL, M. et coll. 2009. « Pain reactivity and plasma beta-endorphin in children and

adolescents with autistic disorder », *PloS One*, vol. 4, n° 8, août p. e5289.

TREVARTHEN, C. ; DELAFIELD-BUTT, J.T. 2013. « Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement », *Frontiers in Integrative Neuroscience*, vol. 7, p. 49.

WALLON, H. 1930. *Les origines du caractère chez l'enfant: les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, Puf.

WALLON, H. 1956. « Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant », *Enfance*, vol. 9, n° 2, p. 1-4.

WALLON, H. 1959. « Le rôle de l'autre dans la conscience du moi », *Enfance*, vol. 12, n° 3, p. 277-286.

WALLON, H. 1984. *L'enfant turbulent: étude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*, Paris, Puf.

WASILEWSKA, J. ; KLUKOWSKI, M. 2015. « Gastrointestinal symptoms and autism spectrum disorder: links and risks: A possible new overlap syndrome », *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 6, p. 153-166.

WUSTHOFF, C.J. ; LOE, I.M. 2015. « Impact of bilirubin-induced neurologic dysfunction on neurodevelopmental outcomes », *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, vol. 20, n° 1, février, p. 52-57.

Remerciements

Mon expérience clinique est la matière première à partir de laquelle j'ai rédigé une thèse de doctorat, dont ce livre est issu. Mon angle de vue personnel quant à la théorisation n'a toutefois pu se constituer qu'au sein d'une réflexion collective.

Je remercie très chaleureusement Marie-Christine Laznik, dont les apports préalables constituent les fondements essentiels de ce travail, et qui sait insuffler aux bébés en retrait relationnel une véritable réanimation psychique. Chacun des membres de notre groupe de travail a également été indispensable aux avancées de ma propre réflexion : Muriel Chauvet, Marie Couvert, Roberta Bertone, Claire Favrot-Meunier, Catherine Ferron, Hervé Bentata, Paule Cacciali, Jean-Claude Fauvin, et les autres. Ma reconnaissance va également à Pascale Ambroise, dont j'admire le travail remarquable auprès des bébés.

Je remercie également les parents qui participent activement aux séances avec leur bébé, et dont j'honore l'engagement et la persévérance ; ce travail leur est principalement dédié.

Je remercie Chantal Lheureux-Davidse et Catherine Saint-Georges pour leur disponibilité et leurs conseils judicieux, qui ont contribué grandement à ma démarche. Je remercie également Dominique Mazéas pour son écoute attentive en supervision, son humanisme bienveillant, son humour et sa

créativité. Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance à Christine Michel Schweitzer, sage-femme ostéopathe, qui m'a initiée à l'ostéopathie intra-pelvienne, avec toute la finesse et la rigueur que ce travail exige.

Je remercie tout particulièrement les autres membres du jury de ma thèse de doctorat dont les commentaires attentifs ont ouvert de nouvelles perspectives à ma réflexion : les professeurs Bernard Golse, Filippo Muratori, et Denis Mellier.

Je remercie avec gratitude le docteur Thierry Jean.

Enfin, je remercie ma famille qui m'a indéfectiblement soutenue tout au long de ce projet, ainsi que mes amis, québécois, parisiens, bretons, et malicorniens.