

MODULE 3 : MATURATION ET VULNERABILITE

2^{ème} Partie
**L'INSTALLATION PRECOCE DE LA RELATION
MERE-ENFANT
TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE**

MODULE : 3 MATURATION ET VULNERABILITE.

ITEM N° 32 - **2^{ème} partie.**

ENSEIGNANTS : Pr. P Duverger, Dr J. Malka.

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC / E.D.

OBJECTIFS :

- Repérer précocement les dysfonctionnements relationnels.
- Savoir dépister les troubles précoces de l'apprentissage.

Remarque : pour plus de lisibilité, ce cours (item 32) est divisé en 2 parties.

L'INSTALLATION PRECOCE DE LA RELATION MERE-ENFANT TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

L'INSTALLATION PRECOCE DE LA RELATION MERE-ENFANT

Pour comprendre

1°/ Les compétences du nourrisson

2°/ Les partenaires de l'interaction

3°/ Les 3 niveaux d'interaction

- a) Interactions comportementales
- b) Interactions affectives
- c) Interactions fantasmatiques

4°/ Perturbations de la relation mère-enfant.

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

1°/ Troubles de la lecture : dyslexie

2°/ Troubles du calcul : dyscalculie

3°/ Troubles de l'expression écrite : dysorthographe

4°/ Dysgraphie.

L'INSTALLATION PRECOCE DE LA RELATION MERE-ENFANT

Pour comprendre

Le développement psychologique du nourrisson est trop souvent réduit à l'aspect moteur des acquisitions. La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né et les interactions entre le nouveau-né et sa mère sont immédiates. Les premiers jours suivant la naissance représente une période "sensible" où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. Cette communication est primordiale et déterminante pour l'ensemble de la vie psychique de l'enfant.

L'interaction est l'ensemble des phénomènes dynamique qui se déroulent dans le temps, entre le nourrisson et sa mère. Les connaissances dans ce domaine ont beaucoup progressé ces 20 dernières années.

L'interaction parent-nourrisson est constituée de l'ensemble des processus bidirectionnels, où le nourrisson est soumis aux influences des parents mais où il est aussi à l'origine de modifications chez eux. La découverte, par ces parents, des compétences de leur enfant, va faciliter la mise en place des interactions et de l'attachement précoce.

On distingue **3 niveaux d'interaction** :

- Interactions comportementales : c'est à dire la façon dont "le comportement de l'enfant et le comportement de la mère s'agentent l'un par rapport à l'autre"
- Interactions affectives : c'est à dire "l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère"
- Interactions fantasmatiques : c'est à dire "l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé".

Facteurs de risque et vulnérabilité :

Afin de prévenir les troubles du développement psychologique du nourrisson, il est important d'identifier les nourrissons qui sont à risque. Parmi les facteurs de risque, on retrouve :

- En période prénatale :
 - Maladie ou handicap de la mère
 - Antécédents psychiatriques maternels
 - Notion de grossesse antérieure non suivie
 - Déclaration tardive de la grossesse
 - Mère adolescente
 - Isolement social
 - Rupture avec le père du bébé.
- En période périnatale :
 - Accouchement prématuré
 - Trouble psychique puerpéral
 - Hospitalisation néonatale du bébé
 - Dépression du post-partum
 - Malformation, lésion sensorielle, maladie somatique du bébé
 - Décès d'un bébé
 - Conditions sociales et économiques très défavorables.

Certains enfants, soumis à des facteurs de risque équivalents se développent différemment. Cela a introduit la notion de **vulnérabilité**.

L'étude des interactions précoces et du développement psychique du nourrisson se fait de façon simultanée dans plusieurs domaines :

- Croissance staturo-pondérale
- Maturation biologique
- Progrès moteurs et perceptifs
- Développement des conduites cognitives
- Développement du langage
- Développement de la vie affective et de la communication.

Cette clinique des interactions précoces est très riche et le **dépistage** de distorsions relationnelles, de dysfonctionnements interactionnels durables prend tout son sens dans une perspective de **prévention** primaire, dès le plus jeune âge +++

1°/ Les compétences du nourrisson

Ces compétences sont variables selon l'état de vigilance de nourrisson. Le bébé exerce lui-même un contrôle sur ses états de vigilance. La mère exerce, elle aussi, une influence sur la succession, la durée et la prééminence des états de vigilance de son bébé. Ces états de vigilance sont souvent interprétés par l'entourage : tel bébé est plutôt calme et dormeur voire paresseux... Tel autre, criant beaucoup, sera vécu comme capricieux, vif et exigeant...

a) Compétences sensorielles

- Visuelles : dès la naissance, les perceptions existent. Le nouveau-né a une préférence visuelle pour le visage humain ou toute forme apparentée.
L'accommodation s'affine au fur et à mesure. Le bébé suit du regard, sur 180 ° (comportement de poursuite tête - yeux).
- Auditives : le nouveau-né tourne la tête ou les yeux dans la direction d'un son. Il est particulièrement sensible à la voix humaine et notamment celle de sa mère.
- Olfactives : dès les 3-4 premiers jours, le nouveau-né a des capacités de détection et de discrimination sensiblement identiques à celles de l'adulte. Il est capable de retrouver l'odeur de la peau et du sein de sa mère par rapport à l'odeur d'une autre femme.
- Gustatives : Le nouveau-né est capable de discriminer les saveurs classiques : sucré, salé, amer, acide... En manifestant ses préférences pour le sucré.

b) Compétences motrices

La motricité est essentiellement réflexe : réaction de succion, réflexes de grasping... Cette motricité réflexe et apparemment désordonnée intervient dans les interactions, servant de support aux parents pour forger leurs représentations de l'enfant.

c) Compétences sociales

Dès la 12^{ème} heure, le nouveau-né bouge selon des rythmes précis, coordonnées à la voix humaine (synchronie interactionnelle). Il réagit aux stimuli extérieurs : bruits, lumières, mouvements... Puis, il va rapidement être capable d'imiter autrui : imitation de la mère qui ouvre ou ferme les yeux, sourit...

2°/ Les partenaires de l'interaction

Les nourrissons sont capables très tôt de discriminer la mère, le père et les autres partenaires, dans le champ de ses interactions. Cette différenciation est importante et signe une qualité de l'éveil.

- a) **La mère** : La grossesse et l'accouchement sont des périodes de remaniements psychiques entraînant une grande vulnérabilité ainsi qu'une importante malléabilité psychiques. Ce travail psychique d'accès à la parentalité est à l'œuvre chez tout nouveau parent. L'état de santé de la mère, la disponibilité et la sécurité affective sont très importantes. Il en est de même des conditions de vie matérielles et de la richesse du réseau relationnel. Tous ces facteurs influencent directement sur la qualité des interactions mère - nourrisson.
- b) **Le père** : La place que le père s'octroie ainsi que son désir de paternité ne sont pas moins importants dans les interactions précoces. De plus, d'un point de vue psychique, il est fondamental que la mère, dans sa tête, fasse une place au père, qu'elle lui permette d'exprimer son désir.
Mère, père et nourrisson constituent une triade, une unité sociale de base au sein de laquelle le nourrisson va se développer.
- c) **Les autres partenaires** : Ce sont les grands-parents, la fratrie, la famille élargie...
Ces personnages jouent aussi un rôle dans les interactions précoces, directement ou indirectement. La place qu'occupent les grands-parents du bébé, dans la tête des parents, joue un rôle dans leurs sentiments de sécurité et de compétences. Les aspects trans-générationnels prennent ici toute leur importance.

3°/ Les 3 niveaux d'interaction

Par l'ensemble des communications que le nourrisson adresse à ses parents (pleurs, cris, sourires...), il contribue à déterminer leur vécu, leurs satisfactions, leurs angoisses, leur culpabilité et leur estime d'eux-mêmes en tant que parents. Le nourrisson influence la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit de ses parents. Les interactions constituent donc des échanges qui s'effectuent dans les deux sens : nourrisson \Leftrightarrow parents.

Ces interactions sont de trois types :

a) Interactions comportementales

Elles se définissent comme l'agencement du comportement du nourrisson avec celui de sa mère. Ces interactions sont directement observables et intéressent trois registres :

→ Interactions visuelles : Dès les premiers jours, le regard constitue une modalité d'échange privilégiée. Pendant la tétée, la mère et le bébé tendent à se regarder (regard mutuel). Ce temps du regard est essentiel et illustre bien l'interaction bidirectionnel. Le regard du nourrisson a des effets sur sa mère (effet gratifiant, valorisant) et en retour, le regard réciproque de la mère augmente la tendance du bébé à fixer les yeux de celle-ci. Le nourrisson est, à ce moment là, une personne déjà bien individualisée.

→ Interactions corporelles : L'ensemble des échanges passant par le corps est appelé "dialogue tonique" et exprime les manières dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent; mais aussi la manière dont le nourrisson s'ajuste dans les bras du parent (holding). Il existe une véritable interaction entre les postures de l'enfant et de la mère : détente ou raidissement de l'un, confort ou inconfort de l'autre, attention ou désintérêt des deux etc... Le "peau à peau" est aussi très important. S'y associent parfois caresses, chatouillements, "blottissements", baisers, effets de surprise... Les réponses du nourrisson aux stimuli de la mère sont perçues comme une incitation à continuer ou à interrompre.

→ Interactions vocales : Les pleurs et les cris constituent le premier langage du bébé qui exprime ainsi, non seulement ses besoins mais aussi ses affects. Les réponses apportées par la mère représentent une modalité interactive quotidienne. En effet, les cris et pleurs déclenchent des affects intenses qui pousse la mère à agir pour mettre un terme à l'état de détresse supposé. ("cordon ombilical acoustique"). Le vécu maternel des cris et pleurs du nourrisson peut s'exprimer, selon les cas, par des sentiments de doute, d'agressivité voire de désespoir.

Les mères parlent à leur bébé dès les premières heures de vie. La prosodie du langage maternel, adressé au bébé, ses intonations, son timbre, son rythme, semblent souvent plus importante que le contenu des propos. Le nourrisson paraît entraîné, dans sa motricité, par la musique du langage maternel.

Repérage clinique des interactions comportementales :

- Manière dont la mère tient son enfant
- Position qu'elle donne à son bébé face à l'examineur
- Réactions de la mère aux cris et pleurs, aux sourires...
- Type, valeur et qualité des échanges entre la mère et son bébé
- Communication verbale (prosodie...) et mots employés (sens des paroles...)

b) Interactions affectives

Elles concernent l'influence réciproque de la vie émotionnelle du nourrisson et de celle de sa mère. Les affects et les émotions s'échangent aux travers des paroles, des mimiques, des comportements, des expressions. Les mères traduisent très souvent en mot leur propre ressenti mais aussi celui de leur bébé.

→ Accordage affectif : l'interaction affective permet au nourrisson de faire l'expérience du partage de sa vie émotionnelle, avant même l'apparition du langage. A un certain type d'affect exprimé par le bébé, la mère répond par un affect équivalent. La mère répond "en miroir" aux sollicitations de son bébé en utilisant le même mode ou un autre mode de communication (ex. : la voix pour répondre à la mimique). De même, la mère, grâce à ses capacités d'empathie, perçoit ce que ressent son bébé et lui en propose une interprétation, par des mots, par des gestes...

Le nourrisson, à son tour, perçoit, dans une certaine mesure, l'état affectif de sa mère. Il peut reconnaître si elle est comme d'habitude ou non. Par exemple, les effets sur le nourrisson d'une dépression maternelle sont maintenant bien connus.

- Expression des affects : Le bébé est capable d'exprimer des affects diversifiés. Le visage du nouveau-né exprime tour à tour l'intérêt, le dégoût, la détresse, la surprise... Vers le 4^{ème} mois, s'y ajoutent la joie, la colère... Puis, la peur...
- Le sourire : Dès le 2-3^{ème} mois, il est un comportement très efficace et gratifiant du bébé à l'égard de sa mère, de son père ou d'un autre interlocuteur. Les jeux relationnels, accompagnés de sourires voire de rires, sont, bien sûr, témoins de la qualité des interactions affectives.
- Références sociales : Le nourrisson est à la recherche d'une information et d'une réponse émotionnelle afin de comprendre un événement qu'il n'est pas capable d'apprécier seul, avec ses propres capacités intrinsèques. L'enfant perçoit ainsi l'état affectif de sa mère et y répond. Son comportement sera parfois perçu comme provocateur. Enfin, le nourrisson joue souvent dans le registre des imitations de ses parents, des autres bébés.

Repérage clinique des interactions affectives :

- "Climat affectif" de la consultation
- Apparition ou non des signes organisateurs de Spitz :
 - Sourire au 3^{ème} mois
 - Angoisse de l'étranger au 8^{ème} mois
 - Le "non" à la 3^{ème} année.

c) Interactions fantasmatiques

La vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, à leur propre histoire, à leurs relations avec leurs propres images parentales. Bien avant la naissance de l'enfant, celui-ci est déjà, pour la future mère, "l'enfant imaginaire". Cet enfant fantasmé est le produit des aspects inconscients du désir de maternité.

La vie imaginaire et fantasmatique du bébé s'alimente de celle de ses parents.

Les interactions fantasmatiques étudient la manière dont les fantasmes de l'un répondent aux fantasmes de l'autre.

4°/ Perturbations de la relation mère-enfant

Chez un nourrisson en bonne santé, les interactions vont permettre et faciliter un bon éveil et un développement harmonieux. Ces interactions sont caractérisées par :

- Une disponibilité affective de l'adulte
- Une souplesse des réponses de l'adulte
- Une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps.

Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On retrouve alors des perturbations de 3 ordres :

a) Perturbations quantitatives

- Défaut de stimulation :

Du fait d'une dépression maternelle (+++), d'une inhibition névrotique, d'une personnalité schizoïde de la mère.

Ou du fait de certains bébés passifs et peu expressifs.

S'en suivent alors négligence du nourrisson, défaut d'attachement voire carence affective +++

- Excès de stimulation :

Avec une mère ne tenant pas compte des signaux de l'enfant, débordé par les stimulations (détournement des yeux et de la tête, fermeture des yeux, expression de tension...). Il n'y a pas de régulation des échanges et des interactions. L'enfant est débordé, envahi.

S'en suit, une possible inhibition des manifestations affectives de l'enfant (timidité extrême, inhibition...).

b) Perturbations de la réciprocité

La dynamique interactive est perturbée et les échanges sont entravés. Ces perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans plusieurs domaines :

- Regard : évitement du regard de la mère ou du bébé
- Paroles : cris et pleurs du bébé non pris en compte par la mère
- Contacts physiques : discordance, absence d'ajustement postural, raidissements...

c) Fixation et régressions des modalités interactives

La qualité des interactions doit être étudiée en fonction de l'âge et du développement du nourrisson.

La mère et son nourrisson peuvent rester fixés à un certain stade ou revenir à des comportements et des modalités interactives archaïques. Le nourrisson est alors "englué" et les interactions constituent une prison plutôt qu'un moyen de s'éveiller et de s'ouvrir sur le monde.

Inversement, certaines mères peuvent exiger de leur nourrisson une autonomisation trop précoce avec des exigences auxquelles l'enfant ne peut répondre ("parentification" du bébé). Les effets de ces interactions sont alors délétères sur le développement psychique de l'enfant.

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

Les troubles de l'apprentissage sont évoqués quand les performances de l'enfant à des tests standardisés, passés de façon individuelle, portant sur la lecture, le calcul ou l'expression écrite sont nettement au-dessous du niveau escompté, compte tenu de son âge, de son niveau scolaire et de son niveau intellectuel.

Il faut les distinguer des variations normales des acquisitions culturelles et des difficultés scolaires qui naissent de facteurs socioculturels ou de difficultés sensorielles (visuelles ou auditives).

Les problèmes scolaires interfèrent de manière significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante qui nécessitent de savoir lire, compter et écrire (DSM IV).

La prévalence de ces troubles chez les enfants d'âge scolaire est de 2 à 10 %.

1°/ Troubles de la lecture : dyslexie

Définition : Déficit sévère et durable de l'acquisition de la lecture, chez un enfant d'intelligence normale, normalement scolarisé.

Diagnostic : Niveau de lecture inférieur aux capacités intellectuelles

Le trouble apparaît vers l'âge de 7-8 ans.

La lecture est lente et composée d'erreurs nombreuses : omission, distorsion de mots.

La compréhension est limitée.

Il existe des difficultés de rappel, d'évocation et de séquentialité des lettres et des mots.

Seuls, sont reconnus et mémorisés quelques mots simples.

Des troubles émotionnelles sont souvent associées : anxiété, sentiment de honte.

Des perturbations plus graves peuvent survenir : perte de l'estime de soi, dépression.

Complication : Difficultés puis échec scolaire.

Evaluation : - Bilan psychologique avec tests d'intelligence

- Bilan orthophonique

- Consultation de Pédiopsychiatrie.

Hypothèses étiopathogéniques : Etiologie probablement multifactorielle

- Origine génétique

- Anomalie de la latéralisation cérébrale

- Anomalie du développement cérébral (zones auditives et verbales)

- Trouble psychologique de l'investissement du langage écrit

- Méthodes pédagogiques inappropriées pour certains enfants

Diagnostics différentiels :

Absentéisme scolaire

Troubles sensoriels : visuels et auditifs

Troubles psychiatriques : instabilité psychomotrice, dépression...

Retard mental

Conduite à tenir :

Dédramatiser mais sans minimiser le problème.
Rééducation orthophonique, adaptée à chaque enfant.
Adaptation de l'enseignement scolaire, dans certains cas
Si besoin, prise en charge des troubles associés, psychologiques.

L'enfant dyslexique doit être scolarisé en classe normale.

Attention au risque de créer de la maladie là où il n'y a qu'une difficulté passagère ou un rythme de maturation différent.

2°/ Troubles du calcul : dyscalculie

Les troubles de l'apprentissage du calcul sont rarement isolés et le concept de dyscalculie est discuté.

Diagnostic : Trouble présent dès 8 ans (CE2), mais variations possibles entre 6 ans (CP) et 10 ans (CM2)

Difficultés dans le maniement des concepts arithmétiques
Difficultés dans le choix de stratégies pour la résolution de problèmes abstraits.
Chez un enfant aux compétences intellectuelles normales.

Complication : Difficultés puis échec scolaire.

Evaluation : - Bilan psychologique avec tests d'intelligence
- Consultation de Pédiopsychiatrie.

Diagnostics différentiels :

Absentéisme scolaire
Enseignement inadéquat pour certains enfants
Retard mental
Troubles psychiatriques : instabilité psychomotrice, dépression...

Conduite à tenir :

Soutien scolaire - Adaptation du système scolaire
Si besoin, rééducation spécifique.

3°/ Troubles de l'expression écrite : dysorthographe

Trouble de l'expression écrite, la dysorthographe fait généralement suite à une dyslexie.

Diagnostic : Le niveau d'expression écrite est inférieur au niveau attendu :

- Dès les premières classes de primaire, à 7 ans (CE1) : difficultés pour orthographier les mots, pour exprimer ses pensées. Nombreuses erreurs grammaticales et mauvaise organisation des paragraphes.
- Puis en CM1-CM2, multiplication des erreurs d'orthographe, de grammaire et de ponctuation, rendant l'expression écrite très difficile.

Des troubles émotionnelles sont souvent associées : anxiété, sentiment de honte.
Des perturbations plus graves peuvent survenir : perte de l'estime de soi, dépression.

Complication : Difficultés puis échec scolaire.

Evaluation : - Bilan psychologique avec tests d'intelligence
- Consultation de Pédopsychiatrie.

Diagnostics différentiels :

Absentéisme scolaire
Enseignement inadéquat pour certains enfants
Troubles sensoriels : visuels et auditifs
Trouble du langage
Retard mental
Troubles psychiatriques : instabilité psychomotrice, dépression...

Conduite à tenir :

Soutien scolaire - Adaptation du système scolaire
Rééducation spécifique
Si besoin, prise en charge des troubles associés, psychologiques.

4°/ Dysgraphie

Certains enfants présentent une écriture particulièrement maladroite voire illisible.
Parfois, l'écriture est très lente.
Cela entraîne des difficultés scolaires.

L'examen doit rechercher particulièrement :

- des problèmes neurologiques (troubles cérébelleux)
- des troubles psychomoteurs : retard moteur global retentissant sur la gestuelle.
- des difficultés relationnelles : source d'inhibition, de difficultés d'investissement des activités scolaires
- des troubles psychologiques constitués, masqués par la dysgraphie.

Le bilan psychomoteur et le bilan psychologique permettent d'éclairer les raisons de la dysgraphie.

En fonction de chaque cas particulier, la conduite à tenir s'oriente vers :

- la relaxation
- une thérapie psychomotrice
- une rééducation spécifique
- une approche psychothérapique.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)