

Neuropsychologie du développement

M. Julian DE AJURIAGUERRA, professeur

Le cours de cette année a porté sur *les prémices de l'organisation de la personnalité et de la socialisation*.

D'une manière abstraite, on peut très bien se représenter un homme comme un organisme biologiquement différencié, vivant seul dans une nature accueillante, nature permettant par ses apports, aussi bien sa survivance que sa croissance. Mais, par sa nature propre, l'enfant a une place à part dans l'échelle phylogénétique. En effet, l'enfant nouveau-né à terme est un être prématuré du point de vue biologique ; il est cependant autonome du point de vue de son organisation respiratoire et circulatoire, mais son système thermo-régulateur n'est pas encore stable ; sa cavité orale est prête à recevoir, mais il ne peut subvenir seul à ses besoins, car il est incapable de se déplacer. La faim, de même que le sommeil sont, chez le nouveau-né, organisés dans un cadre de fonctionnement particulier, celui des cycles biologiques dont la périodicité dépend des mécanismes primaires qui vont se modifier successivement. Certains types de conduites d'approche ou d'évitement qui peuvent exister depuis la naissance, et même avant, sont nécessaires à la survivance. Ainsi les mécanismes d'appropriation, tel que le phénomène de succion, répondent à une organisation inscrite dans le soma, ainsi que les mécanismes de recherche, tel que celui du fouissement. Mais pour que ces mécanismes se réalisent, il faut que la bouche de l'enfant soit près de la source alimentaire, ou plutôt qu'on approche cette source de la cavité buccale.

Avant la naissance, l'enfant vit dans un espace délimité par l'enveloppe intra-utérine. Dès son entrée en milieu aérien, il occupe un espace dans l'environnement. Avant, il occupait un espace dans la mère, après, il occupe un espace dans le monde ambiant. Dès lors, d'une manière objective, ce qui fait barrière entre son corps et l'extérieur, c'est la surface cutanée. Son habitat est le berceau ou le corps enveloppant de la mère. Les déplacements se font par le portage de la mère et dès le début déjà les interrelations mère-enfant se font à travers les manipulations et à travers les postures que la mère

offre et que l'enfant accepte. La mère maintient l'enfant, soutient cet enfant dont l'axe corporel, tête comprise, est hypotonique. Lorsque l'enfant se sent inconfortable, il réagit par des manifestations de cris-pleurs ou par des mouvements globaux d'irritabilité. Cette irritabilité apparaît lorsque l'enfant a faim, lorsqu'on contrarie son besoin de sommeil, lors d'une mauvaise position et, plus tard, lors d'une frustration ou d'une séparation.

L'enfant se développe dans une société donnée qui offre des cadres à son évolution ; sa vie se déroule au sein d'un groupe dont la dynamique a ses propres lois. Son évolution se fait à partir d'un état de dépendance biologique et sociale vers un état d'indépendance relative dans un cadre social où il se place et s'oppose au cours d'un dialogue positif ou négatif, protopathique au début, épicrotique plus tard, dialogue plus ou moins implicite au cours duquel s'exprime et va se développer sa propre personnalité.

Lorsque l'on dit que l'enfant prend place dans son environnement, qu'il est tourné vers le monde dès sa venue, on utilise là des notions trop extensives. En effet, la notion d'environnement est en même temps une notion écologique et culturelle. Si nous voulons comprendre le développement de la personnalité de l'enfant, nous devons dépasser les notions d'un psychologisme individuel pur où l'enfant est uniquement le produit de sa propre élaboration et les notions d'un socio-logisme pur dans lequel l'individu, en tant que personne, n'est que le reflet ou la simple image de la société dans laquelle il vit. L'homme biologique vit dans la culture et a ses propres lois. Si l'enfant à la naissance porte en lui sa projective, ce n'est que dans la réalisation qu'il se construit et fait son projet ; ce projet dépend de son potentiel de base. L'enfant trouve dans le milieu et dans le groupe des sources identificatoires dans lesquelles il se mire et par lesquelles il se transforme. Dans la réalisation fonctionnelle, il trouvera la confirmation de son potentiel et prendra dans l'autre une partie de sa texture. En se faisant, l'enfant au cours de son développement ne peut pas être considéré comme l'addition ou la jonction d'un moi social et d'un moi individuel. Nous ne pouvons pas accepter la notion d'un biologisme pur car l'homme biologique vit dans la culture, culture qui a ses propres lois. Une organisation sociale s'adresse évidemment à un ensemble d'individus qui se réunissent par un consensus, par l'acceptation d'un certain nombre de lois ancestrales, plus ou moins modifiées dans le temps, qui offrent à l'individu une manière de vivre, qui lui imposent des règles et un certain statut de vie. Il est évident que cette société est de toute façon présente comme un champ de forces qui prennent une forme à laquelle les individus s'accommodent ou contre lesquelles ils se révoltent. Quoi qu'il en soit, les faits sociaux ne sont pas des « choses » ; ils émanent en partie des desiderata des individus particuliers et concrets que les mœurs et les traditions codifient afin d'en extraire les caractéristiques générales. On a pu dire à une époque que la psychanalyse a « psychologisé » le social et « personnifié » le collectif, qu'elle a traité la culture à la façon d'une personne, mais il n'est pas concevable de

penser que la société imprime à l'homme une loi qu'il recevrait d'une manière passive, sans réactions ni transformations. Il existe un certain nombre de contraintes venant de l'extérieur, mais aussi des oppositions entre l'homme, son milieu et la société régnante, de même que des contradictions à l'intérieur de la personnalité de l'individu proprement dit. C'est donc d'un point de vue dialectique que ces oppositions doivent être dépassées afin que l'individu puisse être considéré comme une personne gardant les caractéristiques qui lui sont propres dans le cadre général de son organisation. De même que les lois biologiques offrent à l'homme une perspective tout en lui laissant un certain niveau de liberté, de même les lois sociales peuvent, dans certaines circonstances, être transgressées au bénéfice de l'individu à un moment donné. Nous ne croyons pas à un déterminisme biologique absolu, ni à la certitude de la valeur de certaines règles dans n'importe quelles conditions. Le problème n'est pas de choisir une orientation sociologique, psychologique, ou biologique de l'homme, car nous nous trouvons face à deux partenaires, l'un, l'adulte, évolué, ayant déjà subi l'empreinte de l'environnement, l'autre, immature, l'enfant à la naissance.

Pendant toute une période de son développement, l'enfant a un statut mais on ne lui attribue pas un rôle. Il a été trop souvent dans l'histoire considéré comme « étant » plutôt que comme « existant », alors que, dès un âge précoce, l'enfant est interlocuteur ; il offre ses demandes et les parents ou les substituts, par une transcription, répondent plus ou moins à ses besoins et à ses désirs. C'est dans ces premières communications que vont se créer les prémices d'un certain dialogue constructif. C'est avec juste raison qu'on a pu dire que la psychologie de l'enfant a montré que si autrui ne se constitue pas à l'image du moi, ce n'est pas non plus le moi qui « imite » autrui en le copiant. Les deux structurations semblent être corrélatives et c'est par le jeu des oppositions et des échanges que se constitue l'individualité consciente du moi, en même temps que se fait la prise de conscience d'autres individualités auxquelles il fait face (LEVY-SCHOEN).

L'enfant, dès la naissance, a un certain nombre de mécanismes et émet un certain nombre de signaux auxquels l'autre doit répondre d'une manière adéquate. De l'enfant viennent des demandes et des appels auxquels la mère va donner un sens. Les réalisations fonctionnelles de l'un et de l'autre ouvrent le champ de la réciprocité qui a valeur d'un discours, à partir d'un décodage des signaux : monologue à deux, dialogue implicite envisagé sous l'angle de la mutualité. A notre avis, entre deux mois et demi et trois mois, l'enfant se manifeste par des « dons » et des « offrandes ». Plus tard, il utilisera un dialogue explicite à un niveau non verbal par le regard et par le sourire. Il utilisera un pouvoir dont il va devenir maître, avant de savoir qu'il en deviendra maître. C'est à la phase de syncrétisme que vont se différencier progressivement aussi bien la connaissance d'autrui que la connaissance de soi. Lorsque les processus de séparation et d'individuation apparaîtront, permettant à l'en-

fant de reconnaître sa mère et de se reconnaître, on pourra parler d'une véritable « naissance psychologique ». C'est à travers l'interaction mère-enfant, et en particulier grâce aux jeux du « mécanisme des miroirs » mutuels, que l'enfant émerge de la phase symbiotique et qu'il peut créer des limites stables entre soi et l'objet. Du point de vue heuristique, le problème est de savoir si l'organisation du moi se fait par des mécanismes de différenciation ou par des mécanismes d'intégration. Je crois qu'il existe dans le cadre du développement des phénomènes intégratifs et en même temps des mécanismes de différenciation qui existent d'ailleurs dès la période fusionnelle. On rencontrera l'autre intime que chacun porte en soi pour prendre une distance par rapport à l'« alter » qui, comme dit WALLON, n'est pas tout l'autre, mais aussi les autres.

Le corps de l'homme prend forme progressivement de la fécondation à la naissance. Si à la naissance le corps de l'enfant est morphologiquement quasi complet, il ne l'est pas tout à fait fonctionnellement.

Depuis plus d'un demi-siècle, le corps n'est pas seulement considéré comme une entité physique, définie par sa surface, son poids, sa profondeur, le corps est substance de l'homme qui confirme son existence. Il nous appartient, mais il fait partie du monde des formes de la nature ; il est inerte et palpitant, habitacle et habité ; il est récepteur et effecteur des phénomènes émotionnels qui, plus tard, deviendront des affects. C'est à ce point de vue que les psychologues s'intéressent au corps et non plus, comme le faisaient les anciens, en tant que partie de la dichotomie corps-esprit.

Le corps de l'enfant à la naissance est entre les mains de l'adulte. Celui-ci le place, le déplace, l'enveloppe et le change, porte et manie sa posture selon des normes qui dépendent des mœurs et des civilisations. Mais déjà les réactions du bébé témoignent d'une activité dite automatico-réflexe. Avec ses réflexes archaïques et ses mouvements non contrôlés, l'enfant vit dans un état d'alarme. Le nouveau-né vit, en rapport avec le monde, à travers son activité buccale et sa préhension automatique. Sa main s'accroche ou se décroche selon les états : le phénomène d'accrochage si caractéristique dans l'échelle phylogénétique — accrochage à la mère par la préhension de sa fourrure — peut encore se manifester par l'accrochement aux cheveux ou par l'accrochement aux vêtements. Lors de ses premiers mouvements, l'enfant « est agi » dans un champ qui lui est borné par les limites de ses déplacements. Il ne fait son champ qu'au fur et à mesure qu'il le manipule, il n'organise son champ qu'au fur et à mesure qu'il se place par rapport aux objets. Le déplacement et la manipulation lui permettent ensuite, en dehors de ce champ, des explorations qui lui font découvrir l'espace circulaire. Le corps trouvera son indépendance lorsque les réactions archaïques auront disparu et lorsqu'il saura chercher par lui-même les afférences tactiles et kinesthésiques, alors qu'aura disparu l'emprise de la préhension forcée et de l'aiman-

tation du regard. Ce corps sera autre dès lors qu'il sera capable de prendre et ne pas prendre, de regarder et ne pas regarder ; c'est aussi le moment où il aura la liberté de choisir ses plaisirs et la capacité de manier la proximité et la distance.

Dans l'espace intra-utérin, le corps de l'enfant était enveloppé par le liquide amniotique et par la musculature de l'utérus. Son espace était restreint, mais au cours de la grossesse il n'était pas inactif, la mère sentant sa motilité et ses secousses.

La peau est l'enveloppe du corps et, du point de vue morphologique, sépare l'extérieur de l'intérieur. Il est démontré que la peau joue un rôle important dans le comportement adaptatif pour la survie ; elle possède une signification fonctionnelle pour le développement physiologique et psychologique. Il est probable que l'enfant ne différencie pas à la naissance ce qui vient de l'extérieur de ce qui vient de l'intérieur ; les excitations de la peau produisent des mouvements d'approche ou d'évitement ; à l'intérieur de ce système qui est couverture et barrière, il existe une fonctionnalité proprioceptive et interoceptive aussi importante que celle de la peau dans le fonctionnement ultérieur de l'être humain. Il est démontré que chez les animaux le comportement diffère selon qu'ils sont manipulés ou non. On s'accorde sur le fait que, chez l'enfant, les soins physiques et la mobilisation ont une influence sur les caractéristiques des développements individuels ; de même les caresses modifient les états tensionnels. SARTRE, dans « L'Être et le Néant », montre que la caresse n'est pas un simple effleurement, mais qu'elle est un façonnement. « En caressant autrui, j'ai fait naître sa chair par la caresse sous mes doigts. La caresse est l'ensemble des cérémonies qui incarnent autrui. »

Le corps de l'enfant a besoin d'être maintenu et la « maintenance » est un des éléments importants de l'attachement de l'enfant à la mère. Les caresses, les manipulations, érotisent le corps de l'enfant, tandis que la mère perçoit des apports sensoriels ; c'est ainsi que naissent les prémices du dialogue et de la mutualité. On doit souligner cependant que l'enfant, au cours de son évolution, reçoit différemment les caresses, les chatouillements, les embrassements ; certains enfants sont plus ou moins réceptifs et perçoivent plus ou moins les caresses selon leurs caractéristiques individuelles.

Sous les dénominations de schéma postural, de schéma corporel, d'image de soi, de somato-psyché, d'image du moi corporel, de somato-gnosie, on englobe des notions qui sont souvent considérées comme équivalentes par les auteurs. En fait, chacun de ces termes implique des caractéristiques propres, tant par les limites qui le définissent que par la conception de base qu'elles impliquent. Ainsi, la notion de « somato-gnosie » qui a parfois été employée dans un sens général, l'a été tantôt dans le sens de la prise de connaissance du corps et de ses parties intimement liées à l'évolution de la practognosie, tantôt dans le sens de la prise de conscience du corps en tant

que réalité vécue — connaissance implicite. On a souvent parlé de ces notions lors d'études relatives à certaines modifications psycho-physiologiques correspondant à une pathologie lésionnelle. Cette conception aboutit à la valorisation des systèmes anatomo-physiologiques et accorde à certaines régions du cerveau la valeur de centres d'intégration — les lésions hémisphériques droites ou gauches produisant effectivement des désorganisations particulières dans la sphère corporelle. Fondés sur la psychopathologie de l'adulte et sur une pathologie lésionnelle, ce mode de pensée enrichit les conceptions mécanicistes de l'organisation du système nerveux central, mais ne nous éclaire pas sur la dynamique de l'organisation. HEAD et HOLMES distinguent la notion de « schéma » de celle d'« image ». Ils distinguent ainsi d'une part un schéma postural qui permet au sujet de localiser correctement le point stimulé sur la surface de son corps, et d'autre part l'image, qu'elle soit visuelle, tactile ou motrice, qui refléterait le contenu des informations relatives au corps dans l'expérience consciente. J. PAILLARD et M. BROUCHON proposent de distinguer trois notions :

- a) celle d'un *référentiel postural*, comme élément calibrateur géocentré ;
- b) celle de *schéma*, réservée à l'indexation spatiale des informations d'une modalité sensorielle déterminée dans le référentiel postural, indexation qui contribue à coder spécialement les informations utiles au déclenchement et au guidage des mouvements ;
- c) celle d'*image* correspondant à la représentation consciente imagée d'une réalité « encodée » dans ses caractéristiques sensorielles de qualité, de forme et d'intensité.

R. ANGELERGUES ne voit aucun inconvénient à utiliser les termes tels que schéma postural ou référentiel postural. Le problème commence d'après lui au moment où l'on passe du schéma postural, c'est-à-dire du système de référence qui établit une certaine régulation entre deux postures, à la notion de schéma corporel comme représentation de soi.

Pour les phénoménologistes, le corps-objet et le corps-à-moi sont deux perceptions partielles du même phénomène — la corporité tout entière appartient immédiatement à l'ouverture de l'homme sur le monde.

D'après MERLEAU-PONTY, le corps est l'instrument général de la compréhension, l'agent et même le sujet de la perception ; la sensation du corps propre et la place qu'il prend dans le monde qui l'entoure, ne peuvent pas se placer uniquement sur le plan visuel ; le corps parlant est lui-même localisé. Pour sa part, J.-P. SARTRE insiste sur l'importance qu'il faut accorder à autrui pour la connaissance de mon corps et, dans sa dialectique, parle de « mon corps pour autrui » et de « mon corps par autrui ». Le point de vue des phénoménologistes est très intéressant, mais les finesses de leurs analyses laissent de côté le problème de l'historicité de l'organisation fonctionnelle. C'est d'un

point de vue ontogénétique que WALLON a montré l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime à travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le « dialogue tonique ». Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communion affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps.

Du point de vue psychanalytique déjà FREUD disait : « Le moi est avant tout un moi corporel. Il n'est pas seulement un être de surface, mais la projection d'une surface. Le moi est en dernier ressort dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui naissent de la surface du corps. Il peut être ainsi considéré comme une projection mentale de la surface du corps, à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental. » Ce mode de pensée donna lieu à un certain nombre de travaux au cours de la période freudienne. Après un certain silence, il a été repris récemment sous des formes diverses, par de nombreux psychanalystes. Pour la plupart des auteurs actuels, le savoir objectal, modèle du corps visible mais mort, et la physiologie, ne peuvent se prévaloir de la vérité de leur savoir sur le corps. Ainsi, pour P. FEDIDA, faire de la psychanalyse une philosophie de l'incarnation est vrai et faux en même temps. Si pour FREUD le moi est « d'origine corporelle », la corporalité dont il est question n'a rien d'un vécu d'incarnation. Le corps est ce par quoi le moi peut exister comme un fait : le moi est alors entité du corps. La psychanalyse, d'après cet auteur, est une archéologie du corps : c'est à cette condition qu'elle peut s'ouvrir sur une anatomie fantastique. Un grand nombre d'auteurs opposent le corps biologique au corps érogène, le corps réel au corps métaphorique, le corps charnel au corps fantasmé. Il est évident qu'il est difficile de concevoir ce corps érogène ou le corps fantasmatique, hors des investissements. La connaissance de soi se fait par construction à partir de données anaclytiques archaïques qui passent par une phase de désirs sans objet précis — nuit obscure et mystérieuse dans laquelle se manifestent les mécanismes de dévoration et d'éjection. A cette période, l'enfant ne sait pas que le corps est son corps. Il le vivra comme sien, et le reconnaîtra comme différent de celui des autres, par la mise en œuvre de mécanismes de projection et d'introjection, et en passant par les phases de séparation, d'identification et de déidentification — un soi par l'autre et un soi pour l'autre. C'est au cours de cette période que, par une intimité partagée, un dialogue intime, l'identité de la mère se transforme et celle de l'enfant se dévoile. C'est en un jeu de miroir que la mère se reconnaît dans son enfant et que l'enfant se révèle à la fois à sa mère et à lui-même. Ils se mirent l'un et l'autre et établissant une distance, arrivent à se distinguer. Malgré tout, « ce corps dans l'imaginaire » persistera pendant toute notre vie, aussi bien lors de l'action que lors de l'assomption de deux désirs.

L'unité des corps restera toutefois charnelle, ayant son pesant d'homme et de femme, tout en cherchant dans l'imaginaire, souvent avec ambivalence, leur complémentarité et leurs différences.

C'est dans le cadre de l'attachement mère-enfant que nous avons voulu exposer l'évolution d'un certain nombre de besoins ou d'expressions qui confirment la nécessité de leur existence dans la double perspective de la survivance et de l'ouverture de la communication. C'est ainsi que nous avons étudié successivement : l'oralité comme première relation ; les cris-pleurs ; le monde sonore ; le regard ; le sourire et le rire ; les expressions motrices. Cet ensemble de manifestations ouvre la voie, dans le cadre des interrelations précoces parents-enfant, au mécanisme de la mutualité et aux prémices du dialogue.

L'oralité comme première relation est considérée depuis toujours comme une fonction essentielle. L'alimentation est nécessaire pour la survie et pour la croissance ; cela sous diverses formes toujours indispensables dans le monde animal. Le nouveau-né humain, ne pouvant pas se déplacer, la nourriture qui satisfait ses besoins doit lui être offerte. Pendant très longtemps dans l'histoire, le lait était le seul aliment utilisable, aliment complet provenant du sein maternel ou de celui des nourrices. L'enfant, dès la naissance, est prêt à le recevoir, par sa propre organisation morphostructurelle de la région buccorale. Les lèvres, avec leur muqueuse et leur musculature péri-orale sont une cavité réceptive et agissante qui s'ouvre et se dirige vers des sources d'excitation, cherche, s'ouvre, se ferme et aspire dès que le mamelon est introduit dans la bouche. L'un et l'autre ont trouvé leur territorialité complémentaire. Le rôle de l'intérieur de la bouche est extrêmement important. Il est constitué par une muqueuse jugale et par une musculature qui joue un rôle dans l'aspiration et le ramassage de la nourriture lors de la première phase de l'absorption. Derrière le premier rideau qui est celui de la muqueuse et de la musculature de la bouche, nous en trouvons un deuxième : celui de la muqueuse gingivale dont le rôle extrêmement important sera en partie codifié ultérieurement par la poussée dentaire. Cette phase dentaire est au service de la mastication des aliments et joue aussi un rôle particulier d'utilisation du mamelon, rôle de préhension ou de morsure. La langue est un organe important : organe musculaire dont la face inférieure est recouverte par une surface équivalente, celle de la région gingivo-jugale, et dont la face supérieure contient les papilles gustatives. Dans certaines conditions et certaines positions de concavité, elle est un organe d'accueil des aliments ; par son activité intéropostérieure, elle peut jouer un rôle de piston. La cavité buccale est constituée des lèvres, des joues, de la voûte palatale ; dès la naissance et même avant la naissance, il existe des réactions réflexes produites par la stimulation de la région péri-buccale ou par excitation de la région labiale : mouvements d'élévation, d'abaissement ou de rotation vers la source d'excitation. Ces mouvements des lèvres, de la langue et de la

déglutition existent dès avant la naissance. L'activité est d'ailleurs variable selon les « états ». Dans l'activité orale classique, nous distinguerons deux phénomènes : le phénomène de fouissement, et l'activité consommatoire. Le comportement de fouissement, décrit par R. SPITZ (fouissement vient de « fouir », c'est-à-dire creuser le sol à la façon des animaux), correspond à ce que les auteurs anciens avaient appelé le réflexe d'orientation orale, qui est un comportement d'exploration. Le fouissement est suivi d'un deuxième comportement, celui de la préhension du mamelon au moyen des lèvres, comportement qui s'accompagne d'un lot important d'informations cognitives et affectives. Lorsqu'on parle d'activités orales et buccales, on se réfère le plus souvent aux activités alimentaires. Mais dans le cas des activités orales, on peut distinguer un certain nombre d'unités organiques : l'activité respiratoire, l'activité phonique et en particulier le cri, l'activité nutritionnelle et l'activité d'exploration. Schématiquement, on a pu décrire d'une part les activités nutritionnelles et d'autre part les activités respiratoires et les cris. Les activités telles que la respiration, phénomène continu, et les cris, répondent à une unité organique du point de vue fonctionnel, l'activité aérienne (pneumotrachéo-laryngo-naso-buccale). Cette activité est ascendante et ses manifestations sont d'éjection-respiration, en ce qui concerne la fonction respiratoire, et d'éjection simple pour les cris et pour les activités phonatoires. Dans ces dernières, le voile du palais, la cavité buccale, les dents, la langue et les lèvres jouent un rôle important. La respiration est une fonction vitale qui implique des mécanismes de rejet et d'aspiration ; le cri a des valeurs diverses. Comme l'ont remarqué certains auteurs, il existe une grande différence entre la nécessité et la relative homogénéité de l'air respiré, et la contingence et la variété de la nourriture ingérée ; d'autre part, les sons émis ne constituent en rien un déchet à évacuer par nécessité vitale, mais au contraire une production (M. BERNARD). Il existe un espace bucco-oral, espace de confusion entre la bouche et le sein, au début, qui est un espace fusionnel et fermé dans lequel la bouche et le sein ne sont pas des unités séparées ; il n'y a pas de dehors ni de dedans ; l'enfant et le sein se confondent dans l'activité de leur fonctionnement : l'enfant absorbe et la mère est absorbée par l'enfant. La plupart des psychanalystes distinguent dans la période orale deux phases : la première qui correspond à la stimulation auto-érotique agréable de la zone érogène, succion par plaisir de sucer, et incorporation orale ; la seconde commence après l'apparition des dents : l'enfant répond habituellement à une frustration dans le domaine de la nourriture en mordant et essayant de blesser ou de détruire l'objet, phase qui est appelée sadico-orale. Si cette deuxième phase est considérée comme apparaissant au moment de la poussée dentaire, il existe, d'après nous, une phase intermédiaire : la phase sadico-gengivale, morsure ou léchage du sein de la mère ou des doigts, lors de périodes de grande faim ou de grande soif non satisfaites ; phase au cours de laquelle l'enfant serre et frotte ses gencives à tous genres

d'objets et très souvent à des objets de préférence extrêmement durs : tels que le manche d'une brosse ou tout autre corps extrêmement résistant mais lisse.

Si l'on considère le comportement oro-alimentaire comme un syndrome d'ingestion, c'est-à-dire comme un mouvement descendant depuis la bouche jusqu'au pharynx, il existe parfois des phénomènes qui sont un peu différents, car l'enfant renvoie les aliments vers la région orale : phénomènes tels que le mérycisme, qui se caractérise par une régurgitation et met en jeu l'œsophage et le pharynx, la musculature thoraco-abdominale et diaphragmatique. Le mérycisme apparaît d'ordinaire au sixième mois mais il existe des régurgitations plus précoces que nous avons trouvées au cours du troisième et quatrième mois. Divers types d'explication ont été donnés à ce phénomène. Si pour certains, le mérycisme est comme une réponse à une déviation dans la satisfaction de la succion, au réinvestissement de l'intérieur du corps dans la recherche de la sensation de satiété (L. KREISLER, M. FAIN, M. SOULE), pour d'autres cette activité illustre ce qu'on appelle une « erreur d'aiguillage » entre le pharynx et le larynx, lieux respectivement du besoin et du désir. Il y aurait ainsi une analogie évidente entre la remontée de cette colonne liquide jusqu'au pharynx et l'ascension de la colonne d'air de l'émission sonore du cri vers le larynx. Dans les deux cas, le renvoi provoque la présence de la mère et cette présence suffit à arrêter et à supprimer le retour même du lait et du cri. Le nourrisson trouvera ainsi sa satisfaction grâce ou au moyen de l'inquiétude de sa mère ; la jouissance de l'un s'obtenant grâce à l'angoisse de l'autre (F. DOLTO). Cette analyse ne serait, d'après BERNARD, qu'une moitié d'explication, car on semble oublier que simultanément le vomissement est aussi renvoi aux références, à la perception gustative et buccale du nourrisson lui-même. Il y aurait donc une auto-affection gustative semblable à l'auto-affection auditive. Il y a, d'après cet auteur, un processus de double métonymie dans la substitution du lait au son, et dans celle du contact avec la mère à la perception de sa voix. A notre avis, il s'agit là d'un fonctionnement *a contrario* du fonctionnement normal répondant à une fantasmatisation agie, telle que le sein de la mère devient fantasmatiquement présent par un comportement agi sans que le sein soit là, et qui tend à démontrer la maîtrise réversible de la fonction.

Existe-t-il une unité organique dans les relations main-bouche ? Nous savons qu'au moment de l'apparition des réactions orales à la stimulation du museau, le fœtus peut réagir également à la stimulation de la main en fermant ses doigts. S'il est vrai que la main de l'enfant se pose sur le sein et que les doigts bougent fréquemment pour agripper, caresser, griffer ou gratter, cette activité devient de plus en plus organisée et il semble que le rythme avec lequel le bébé ouvre et ferme sa main sur les doigts de sa mère est en quelque sorte lié au rythme de la succion. Par rapport à l'ensemble des auto-

manipulations, le contact main-bouche est le plus fréquent. On sait que cette coordination commence à se développer chez le fœtus dès la quatorzième semaine et que la stimulation palmaire peut provoquer l'ouverture de la bouche. D'ailleurs, tout au cours de la première année, la bouche est un point de référence dans la manipulation des objets : elle semble être un point de référence médian et cavitaire. R. SPITZ rapporte au contraire l'analyse d'un cas de non-investissement de la zone orale ; il s'agit du cas MONIKA, dont l'allaitement et une alimentation régulière par la bouche n'avaient pas eu lieu au cours des premiers mois de la vie.

Pendant cette période, l'enfant avait été nourrie par l'intermédiaire de la fistule gastrique et le film de G. ENGEL et F. REICHSMAN montre que MONIKA s'est comportée envers l'entonnoir comme une enfant normale envers le sein ou le biberon, le touchant, l'explorant et le caressant pendant le repas, et le repoussant des mains en signe de refus. A partir du moment où le processus de nutrition avait été déplacé de la bouche à la fistule abdominale, ni la bouche, ni la tête n'ont été spécifiquement impliquées dans la relation satisfaisant un besoin. Mais il s'agit là d'un cas exceptionnel qui ne s'oppose pas à l'hypothèse que nous avons défendue.

Lisant J. BOWLBY, certains ont pu considérer qu'il dévalorisait l'importance qui a été accordée par les psychanalystes à l'oralité. S'il est vrai que cet auteur insiste sur les besoins innés du contact somatique et psychique avec un être humain, cela indépendamment du besoin oral (théorie de l'accrochement primaire de l'objet), il ne nie cependant pas l'importance de l'oralité ; ce qu'il discute, c'est la valeur qui a été accordée à l'oralité comme tendance secondaire, alors que ce qu'il défend c'est la théorie de la succion primaire de l'objet, c'est-à-dire que l'enfant a un besoin inné du sein et que l'attachement à celui-ci n'est pas la conséquence du fait qu'il est nourri. On doit dire par ailleurs que la formation de l'enfant dépend non seulement de la nourriture, vitalement nécessaire, mais de tous les apports de la mère au cours de cette activité : manipulations, contacts, chaleur, regard, vocalisation, qui contribuent à nourrir affectivement l'enfant. Nous savons par ailleurs que le système oral, orificiel et cavitaire, joue un rôle dans des fonctions extrêmement variées : gueule pour prendre, bouche pour s'alimenter, lèvres pour parler et pour aimer, dents pour mastiquer et aussi pour mordre et détruire, cavité pour ingurgiter ou rejeter ; organe du contact-appropriation et des premiers linéaments du processus d'exploration.

Le cri est considéré, lors de la naissance, comme un signe de vie. Par la suite, *le cri-pleur* est un des premiers signes de malaise, de souffrance, de besoin ; il est d'ailleurs interprété comme un signe d'appel ou de détresse. Si certains auteurs rattachent le cri à l'activité duelle cris-pleurs/larmes, cela n'est pas juste pour les premières manifestations, puisqu'en réalité les larmes qui humidifient la cornée n'apparaissent pas avant la fin du premier mois. Certains trouvent une relation fonctionnelle entre les vocalisations non-pleurs

et les vocalisations pleurs. Le cri-pleur ne peut pas être considéré comme le négatif du sourire ou du rire, car aussi bien l'un que l'autre entrent dans le système de signalisation, dans un certain cadre de la communication : les cris-pleurs signalent, et la valeur de la signification qu'on leur donne dépend de divers facteurs et varie avec la chronologie du développement.

D'un point de vue clinique, la plupart des auteurs décrivent un certain nombre de patterns des cris-pleurs : les cris-pleurs de rage ou de colère ; les cris de souffrance physique ; les cris de frustration. Tous ces cris sont à distinguer des cris du nourrisson à lésion cérébrale.

L'analyse spectrographique (WASZ et al.) permet la reconnaissance de tel ou tel type de cris.

— *Le cri de naissance typique* se caractérise par sa longueur et par sa forme mélodique qui est plate ou *decrecendo*. La plupart du temps, le cri est sourd et il est toujours tendu. Les éclats de la glotte et les vibrations vocales sont rares.

— *Le signal de douleur*. Il est assez long ; cependant les variations de longueur sont considérables. La forme mélodique est d'allure descendante (rarement montante-descendante), l'intensité maximale tend vers un niveau élevé et les variations sont toujours présentes dans un tiers des cas. Les ruptures harmoniques ont lieu dans environ la moitié des cas et les grésillements dans plus de la moitié. Les signaux de douleur sont généralement tendus. A partir du sixième mois, la longueur du cri tend à diminuer et l'intensité maximale s'élève légèrement. Les « éclats » sont assez communs après les premiers mois, et les ruptures harmoniques sont alors fréquentes.

— *Le cri de faim*. Sa forme mélodique est très caractéristique. Dès l'âge d'un mois, dans plus de deux tiers des cas, elle présente un aspect montant-descendant ; son intensité n'est pas caractéristique, bien qu'elle ait un maximum inférieur au cri de souffrance. Les « éclats » sont un trait habituel qui le devient plus encore après le premier mois. Les variations et rythmes harmoniques sont rares, même lorsque l'enfant est plus âgé.

— *Le cri de plaisir*. Généralement, il a une allure mélodique uniforme, souvent d'origine nasale. Son intensité est plus variable que celle d'autres cris, mais ce n'est jamais un cri sourd ; lorsqu'il y a une variation, elle va dans le sens montée-descente. Les « éclats » sont rares et le cri n'est jamais tendu, mais au contraire modulé.

Les caractéristiques des cris-pleurs et leur signification ne peuvent être comprises hors de la chronologie évolutive de l'enfant. Cette évolution a fait l'objet de travaux de P.H. WOLFF, de G. BOULANGER-BALLEYGUIER et de BELL et AINSWORTH.

Tout le monde est d'accord pour admettre que la durée des cris est plus longue et que la fréquence de chaque épisode est plus grande au début du développement. Il est démontré d'autre part que la chronophysiologie explique le déclenchement des cris-pleurs. Au cours de cette période, ce déclenchement est lié à la non-satisfaction du besoin de faim ou du besoin de sommeil, dont les cycles sont plus fréquents à cet âge ; l'enfant a ses horaires, il a besoin d'une réponse rapide à ses exigences. D'autre part, les sensations d'inconfort peuvent déclencher facilement les cris-pleurs car le bébé ne peut pas trouver tout seul des postures adéquates. Lorsqu'augmenteront progressivement les intervalles entre les cycles et la longueur de ceux-ci, lorsque l'enfant apprendra à attendre, lorsqu'il pourra se mouvoir et parvenir à une nouvelle posture confortable, lorsqu'il aura trouvé de nouveaux moyens d'expression et de communication, lorsque la mère aura appris de son côté à répondre aux signaux de l'enfant, les cris-pleurs seront moins fréquents et moins longs.

P.H. WOLFF a étudié les situations qui déclenchent et celles qui apaisent les cris-pleurs, depuis la première semaine jusqu'à l'âge de six mois.

Au cours de la première semaine, la faim peut déclencher les cris-pleurs, alors que l'état de satiété peut les apaiser. Le fait d'être nourri est en soi-même une fonction complexe : sucer, avaler, distension gastrique, absorption des métabolites, etc. Les effets de la succion et ceux du remplissage gastrique ont pu être étudiés chez le nourrisson ayant des fistules trachéo-œsophagiennes. On a pu démontrer dans ce cas que les nourrissons qui ont faim ne s'arrêtent pas de pleurer, même si on leur offre une sucette ; cet arrêt se produit lorsqu'ils sont nourris par tube gastro-stomique. Les alimentations simulées données par la bouche et simultanément retirées par tube gastro-stomique n'arrêtent pas les pleurs et n'induisent pas le sommeil pendant la première heure après le repas. Ces faits montrent que l'arrêt des cris-pleurs est probablement en relation avec un manque de remplissage gastrique et non avec un besoin satisfait de succion ou de stimulation orale.

On considère souvent qu'au cours des premières semaines, les langes mouillés ou sales sont une cause suffisante de déclenchement des pleurs ; mais le nourrisson chez lequel on effectue un « change simulé » — en lui remettant le même linge, non changé — s'arrête cependant de pleurer. Le déshabillage serait un facteur de déclenchement des cris-pleurs qui pourraient s'arrêter par le contact d'un vêtement au niveau de la surface ventrale, de la poitrine et de l'abdomen. Le bercement, la tétine sont d'excellents pacificateurs.

Au cours de la *deuxième semaine*, le nourrisson commence à pleurer plus constamment lors d'une interruption de l'alimentation. L'apparition relativement tardive des cris et des protestations chez les bébés nourris au sein est

probablement en relation avec la somnolence plus facilement déclenchée par cette activité. Les pleurs peuvent s'arrêter aussi lorsque l'enfant regarde et poursuit un objet en mouvement. La voix humaine arrête les pleurs plus efficacement que des sons d'autre nature ou que des bruits, alors que la simple vue de la figure humaine ne produit pas cet effet. Au cours de la troisième et quatrième semaine, une figure silencieuse peut précipiter les pleurs lorsque l'enfant est actif et irritable, alors que la disparition de cette figure silencieuse peut les arrêter. Au cours de la cinquième semaine, les pleurs peuvent se déclencher lorsqu'un objet favori ou une personne disparaît. Leur réapparition peut arrêter les pleurs. La disparition d'objets indifférents ne produit pas les pleurs.

Entre un et deux mois, le bébé irritable s'arrête de pleurer lorsqu'il entend la voix humaine ou voit une face humaine. La présence continue d'une personne vue de dos est suffisante pour empêcher certains bébés de commencer à pleurer. Mais la personne vue de dos n'arrête pas les pleurs qui sont déjà en cours. Le contact œil-à-œil peut jouer un rôle dans l'arrêt des pleurs.

Entre le deuxième et le troisième mois, le nourrisson réagit lors de situations frustrantes si on retire de sa vue un animal ou un jouet ou lorsqu'on interrompt une action main-œil sur des objets appropriés ou lorsque l'on offre trop lentement un objet. La succion du pouce peut être une réponse spécifique au fait de la disparition d'un objet favori ou d'une personne connue. Entre 3 et 6 mois, on ne trouve aucune réponse qui suggère l'angoisse de l'étranger. Par contre, une distorsion des configurations faciales déclenche la réponse de pleurs.

Si on sait que la souffrance physique entraîne des cris-pleurs, on sait aussi que les pleurs peuvent diminuer lors de l'élimination des gaz, et que le calme peut être obtenu par un rot. Une forme particulière de souffrance déclenchant des cris rythmés par les repas, se produit lors de « coliques idiopathiques du premier trimestre » ; elles surviennent 5 à 10 minutes après le biberon ou la tétée et surtout après les repas de la deuxième partie de la journée. Ces cris s'accompagnent d'une mimique et d'une agitation motrice particulière. Ce comportement mime, à s'y méprendre, une faim impérieuse et douloureuse. La plupart des traitements sont inefficaces, excepté la succion d'une tétine pleine et le bercement. D'un point de vue schématique, on peut admettre, à titre d'hypothèse que ces coliques surviennent chez des enfants hypertoniques dont les mères présentent une sollicitude anxieuse primaire.

Comme l'indique R. SPITZ, l'enfant hypertonique est incapable de se débarrasser normalement de sa tension au cours du processus d'alimentation. Il s'en débarrasse après le repas par les cris et l'agitation motrice qui caractérise ce type d'enfant. La mère nourrit immédiatement son bébé à nouveau, par excès de sollicitude ou pour se conformer, de façon exagérée, au principe

de l'horaire sur demande. Mais la nourriture que l'enfant a absorbée surcharge de nouveau l'appareil digestif, ce qui accroît la tension et provoque une recrudescence de l'état de déplaisir ; celui-ci se manifeste par de nouvelles coliques accompagnées de cris.

S'il est vrai que les cris-pleurs sont au début un signal expressif sans intention d'influencer le comportement des autres, très rapidement ils deviennent un mode de communication. Comme l'indiquent S.M. BELL et M.D.S. AINSWORTH, pendant le premier trimestre, les cris-pleurs sont un signal qui encourage la proximité et le contact avec la mère, en activant son comportement. Les tout-petits nourrissons ont tendance à pleurer plus fréquemment lorsque le contact visuel, auditif ou corporel leur manque ; ils sont plus efficacement calmés par le contact physique proche. Les bébés d'un an qui pleurent beaucoup manquent d'autres moyens de communication, tandis que les nourrissons qui pleurent peu ont tendance à employer une variété d'autres modes plus subtils qui néanmoins transmettent clairement leurs sentiments et désirs, et qui sont efficaces pour éviter ou soutenir l'interaction. D'après ces auteurs, l'idée que répondre à un cri renforcerait un comportement de cris-pleurs — la mère qui répond à des cris-pleurs ne faisant qu'augmenter à la longue ce type de réponse — ne correspond pas à une réalité. En effet, d'après eux, les très jeunes enfants dont les mères sont inattentives aux pleurs-cris ou qui retardent leur réponse, sont plus tard des nourrissons qui pleurent plus fréquemment et avec persistance. Une réponse maternelle aux signaux encourage le développement de la communication et ne gêne pas le développement précoce d'une compétence accrue, car elle donne confiance à l'enfant. Les bébés qui tolèrent sans détresse une sortie brève de la mère hors de la pièce, ont, semble-t-il, des mères sensibles aux cris-pleurs et à d'autres signaux. Tandis que ceux qui pleurent plus fréquemment lorsque leur mère sort de la pièce auraient des mères inattentives. Il semble se dégager de ces recherches, que les nourrissons sont programmés à pleurer lorsqu'ils n'ont plus le contact, ou lorsqu'ils sont en détresse. En fonction du caractère adapté de ses réponses, la mère peut donner à l'enfant confiance et encourager positivement le développement ultérieur des activités qui adaptent les moyens aux buts.

Le regard est un important moyen de communication. La chronologie de l'évolution de la vision est actuellement bien connue. Tout le monde peut remarquer que la réaction oculaire vers la lumière douce apparaît au cours des premiers jours après la naissance, la lumière vive provoquant un réflexe de clignement. Dès l'âge d'une semaine, un bébé peut adapter l'orientation de ses yeux comme s'il essayait de voir. Mais il a une fixation vague, imprécise, hésitante. Autour de l'âge de 3 semaines environ, l'enfant est capable de fixer un objet très proche qui se détache bien de ce qui l'entoure. Au cours des 4 à 6 premières semaines, le regard des enfants acquiert une fermeté et une sélectivité beaucoup plus grande.

On regarde pour voir, mais, le regard aidant, on s'avance au-delà de l'acte de vision. Parmi les divers sens de la notion de regard ou de regarder, nous retiendrons celui-ci, donné dans le Littré : le regard est défini comme « attention qu'on a pour » et regarder répond à « porter, attacher la vue sur ». Ceci, à notre avis, veut dire que le regard cherche un objet ou une personne en dehors de soi, mais pour soi. Il cherche un répondant. Les yeux poursuivent, se fixent, s'agrippent et se détachent. Le phénomène d'agrippement du regard peut être la fin de la poursuite, dans un délai de temps variable selon l'âge et les motivations. Au cours de la captation visuelle, le sujet est lié avec l'objet ou la personne regardé. Le regard est à certains moments aimanté par la gestalt front-bouche : ce sont les yeux qui sont au début principalement investis, plus tardivement la bouche. Lors des vocalisations, l'enfant émet des sons pour soi, mais plus tard, il imite les sons des autres et essaie même d'imiter la motilité de l'autre qui émet des sons. Mais, par l'intermédiaire du balayage oculaire, l'enfant peut coller à l'autre sans pouvoir le quitter : fascination qui deviendra intrusion. Il faut pour cela que les deux regards se rencontrent, que, dans un espace et à une distance, les deux regards se trouvent. Alors, la vision commune devient sortilège. Lorsqu'au cours du balayage oculaire l'enfant colle à l'autre sans pouvoir le quitter, cela peut entraîner, au bout d'un certain temps et suivant les moments, une dépendance, un inconfort, liés à la diminution de liberté. Cet état peut apparaître comme rassurant lorsque le sujet est devenu possesseur de l'autre ; déplaisant et inconfortable lorsque l'autre est ressenti comme possesseur de son regard. L'enfant se sentira plus à l'aise à partir du moment où cette fixation deviendra réversible, déplaçable et comparative, et lorsque, dans l'affection-lutte qui se créera au cours de la vie, s'établiront des échanges sauvegardant le contrôle et l'intentionnalité ; ceci dès que l'enfant sera capable de se détacher de l'emprise magnétique du regard par une rotation de la tête et par une fermeture des paupières.

Selon MAISONNEUVE, il ressort des apports des expérimentalistes deux interprétations théoriques relatives à la fonction du regard : l'une en terme d'information, l'autre en terme d'équilibre interactionnel. Toutes deux peuvent d'ailleurs s'intégrer dans une théorie régulatrice où chaque fonction correspond à deux niveaux, deux dimensions complémentaires de la conduite : une dimension opératoire correspondant au type de coactivité des partenaires ; une dimension affective correspondant à leur style de coexistence, à leur vécu émotionnel. Pour cet auteur, le regard, et spécialement l'échange du regard (contact œil-à-œil) doit être considéré comme une conduite relationnelle, un mode de communication au même titre que la parole ou d'autres comportements non verbaux, tels que l'approche ou le retrait, avec lesquels il se trouve d'ailleurs en rapport étroit. C'est à ce titre que l'étude du regard relève de la psychologie sociale et de l'interpersonnologie, en même temps que d'une étude psycho-physiologique.

Dans la dynamique de l'organisation de la vision, il est évident que la perception n'est pas uniquement quelque chose qui passe par la seule voie sensorielle, un canal à travers lequel peut se produire un certain nombre de phénomènes. La perception ne peut être séparée complètement ni de la motricité oculaire, ni de la cognition, ni de la vie affective du sujet. La perception va confirmer le monde des objets ; la connaissance des choses et des êtres ne peut se produire sans une exploration : tactile chez les aveugles, tactile et visuelle chez les voyants. Si on a pu défendre que les domaines optiques et haptiques sont gouvernés par des lois différentes, les études sur les sujets aveugles qui ont recouvert la vue montrent qu'il peut exister chez eux un transfert entre les deux modalités. Et s'il est vrai que la perception visuelle est immédiate et simultanée, que la perception haptique n'appréhende que les espaces limités et concrets, il n'est pas moins vrai que les représentations haptiques sont visualisées. Comme le dit GËTHE, « les mains veulent voir, les yeux veulent caresser ». Dans le mode de précommunication ou de communication entre mère et enfant, étudié sur le plan de la réciprocité du regard, nous trouvons toute une problématique ambiguë dans cette appréhension mutuelle : œil qui touche et qui enveloppe, qui prend et qui rejette, qui entend ou qui écoute, qui lèche ou qui dévore. Et l'on passe alors du problème de la perception au problème du dialogue, dans lequel ces divers sens s'interpénètrent, où toute menace et toute tendresse peuvent être présentes, où tous les fantasmes deviennent possibles.

D'après SCHELER, le sens du regard constitue l'expérience fondamentale de l'altérité, la perception d'autrui et la compréhension de l'expression ne sont pas conditionnées par un jugement fondé sur les données sensorielles ; il s'agit là d'un état originaire. C'est avec juste raison qu'on a pu considérer le contact, non physique, mais visuel, comme la base de la sociabilité humaine. L'exploration de l'environnement par le nourrisson est une activité primaire de base (H.L. RHEINGOLD). La nature du contact œil-à-œil entre une mère et son bébé semble traverser tout système d'interaction et transmet en entier les caractéristiques d'intimité et de distance de leur relation (K.S. ROBSON).

K.S. ROBSON fait remarquer des variations notables dans les patterns des contacts visuels parmi les enfants. Certains enfants font des tentatives vigoureuses pour capter les yeux de la mère ; pour d'autres, tout se passe comme s'ils ne cédaient jamais à la fascination qui peut se produire dans un tel échange. Et il y a encore une autre catégorie d'enfants, ceux qui semblent éviter le retard maternel. De même, il existe des mères qui recherchent très activement le regard de leur enfant, alors que d'autres ne dirigent vers lui que des regards fugitifs ou refusent le regard.

D'après Jeanine ABECASSIS, le regard peut être défini comme l'établissement d'un lien, d'une communication, au sens physique du mot, c'est-à-dire d'une liaison, d'une mise en relation de deux visages, de deux corps, et

par-delà, de deux présences. Le regard constitue la rencontre de deux désirs. D'après cet auteur, la sémiologie du regard peut s'établir comme substance du contenu « établissement d'un lien », comme forme du contenu « regarder-être regardé ».

Des études ontogénétiques de la fonction du regard ont été faites par K.S. ROBSON, plus tard par R. MEILL, et plus récemment par M. ROBIN et J. ABECASSIS, dans des perspectives différentes.

Le sourire, le rire et les pleurs sont des manifestations particulières à l'homme. L'enfant sourit depuis la naissance et l'on observe même des sourires chez les prématurés. Le sourire précoce a été appelé endogène ou spontané ; souvent on utilise aussi, à son propos, le terme de « grimace » ; il se caractérise par une rétraction des muscles superficiels de la bouche. Il est parfois latéralisé d'un côté, mais il peut être bilatéral. Il dure entre une et trois secondes et se distingue des myoclonies faciales. Il apparaît surtout quelques minutes après les repas, lorsque l'enfant est repu et que son niveau de vigilance baisse ; il est inversement proportionnel à d'autres comportements spontanés, en particulier aux sursauts (P.H. WOLFF, TAKAHASHI). Vers la fin de la deuxième semaine, l'enfant sourit avec une certaine régularité, l'activité péri-orale s'étendant progressivement vers la moitié supérieure de la face. Le sourire peut se produire jusqu'à 10 minutes après le repas, la stimulation par une voix haut placée est le stimulant le plus efficace. D'après P.H. WOLFF, le sourire de la deuxième semaine est différent du sourire-grimace de la première semaine, et du sourire alerte de la quatrième semaine.

Entre la troisième et la quatrième semaine, des stimuli spécifiques, le son de la voix humaine en particulier, déclenchent ce qu'on a appelé le « sourire social ».

C'est autour de la quatrième semaine qu'apparaît le « sourire de surprise » produit par l'introduction d'un objet en mouvement dans le champ visuel du bébé. Au cours de cette période, l'enfant entendant la voix de la mère, peut arrêter la tétée, lever les yeux vers elle et répondre par un sourire. Cela est ressenti par la mère comme une des premières « offrandes ».

Progressivement, la voix de la mère perd de l'importance, le hochement de la tête déclenchant facilement le sourire. En fait, le hochement de la tête, la voix, le sourire de l'adulte, déclenchent fréquemment le sourire lorsqu'ils sont présentés ensemble.

Le *rire*, bouche béante avec éclats phonatoires répétitifs, participation tonique de toute la musculature faciale, modification tonique générale, participation d'une activité diffuse du corps et des membres, apparaît vers le quatrième mois. Les stimuli qui le déclenchent sont différents selon l'âge. On a ainsi montré (SROUFE et WUNSCH) que le rire est déclenché entre le quatrième et sixième mois, par des stimulations énergiques : baisers répétitifs

au niveau de la région abdominale supérieure, accompagnés de sons vigoureux. Au cours du deuxième semestre, les enfants rient lorsqu'ils entendent le son « ah » prononcé en crescendo, à voix haute et coupé brusquement. Mais progressivement, les activités du type intrusion énergique perdent leur pouvoir et le rire se déclenche plus volontiers lors d'activités sociales ou de stimuli visuels plus subtils : jeu du « coucou », jeu du voile qui fait disparaître puis réapparaître une personne, jeu de l'approche progressive d'une personne, qui se termine par « la bête qui monte... qui monte ». Si à partir du douzième mois, les enfants continuent à réagir à certains types de stimuli tactiles et auditifs, après les avoir transformés et auxquels ils réagissent par un rire anticipatoire, ils rient en outre volontiers lorsqu'ils se trouvent face à des situations incongrues.

Etudiant l'évolution du sourire, puis du rire, certains auteurs ont pu se demander jusqu'à quel point il existe une continuité entre le sourire dit endogène ou spontané et le rire. Parfois on oppose le premier sourire spontané initial compris comme une grimace, au « véritable » sourire plus tardif considéré comme une réponse au sourire d'une autre personne. Mais on objecte aussi qu'une telle distinction entre un « schéma » inné et un schéma acquis par l'expérience créerait une coupure complètement arbitraire dans un processus continu de maturation. De nombreuses études sur des bébés aveuglés montrent que le sourire existe depuis le début, qu'il peut se continuer ultérieurement par le rire ; cela est également vrai pour les enfants aveugles-sourds. De nombreux exemples sont relevés dans la littérature par EIBL-EIBESFELDT, d'aveugles ou d'aveugles-sourds de tout âge qui rient comme des enfants normaux. Certains auteurs ont admis que l'enfant aveugle-sourd peut apprendre les coordinations de mouvements complexes du rire et des pleurs par la voie du renforcement, par des récompenses ; cette hypothèse n'est cependant pas valable, ni celle qui considère que les mouvements expressifs complexes de ces enfants sont appris. Car si on voulait les maintenir, il faudrait prêter aux nourrissons des dispositions innées spéciales d'apprentissage et on serait renvoyé de nouveau au concept de l'adaptation phylogénétique du comportement. EIBL-EIBESFELDT nie également que l'enfant soud-aveugle-né puisse acquérir des informations sur l'expression faciale de la mère par des attouchements du visage de celle-ci, car il a observé le cas d'un garçonnet, aveugle-sourd, qui avait toutes ses expressions faciales de base, bien qu'il n'ait pas de bras — il avait seulement des moignons courts. Je pense que nous devons venir à bout du paradoxe apparent dans lequel le développement est d'une part conçu comme une continuité, et d'autre part comme une discontinuité qualitative. Il me semble, comme le pense P.H. WOLFF, que pour sortir de ce dilemme, il faut tenir compte de ce que la maturation intervient en même temps que la socialisation. On trouve dans la continuité du développement des paliers de modifications qui sont intrinsèquement liées au développement lui-même et qui ne sont pas semblables aux expressions antérieures

déclenchées par le même stimulus. Sans affirmer qu'il existe une discontinuité, nous pouvons dire que l'enfant est placé face à des situations nouvelles, lors de paliers de développement au cours desquels il se sent plus à l'aise pour maîtriser le contenu du stimulus.

Admettre qu'il existe des préformes d'organisation du sourire, et croire qu'elles existent, ne suffisent pas pour expliquer les différentes « prises de forme » au cours des différents paliers du développement. En fait, comme on l'a dit justement, le sourire « sert plusieurs maîtres ». Cette préforme est déclenchée par différents stimuli, selon le degré de la maturation d'une part, et, du point de vue comportemental, selon les dispositions psychophysiologiques de l'enfant.

Comme nous l'avons vu, les types de stimuli qui déclenchent le sourire précoce sont les stimuli interoceptifs et la modification du degré de vigilance. Plus tard, ce sont les stimuli haptiques sonores ou visuels. Parfois il s'agit d'excitation simple ; parfois les présentations répétées d'un même stimulus font décliner son pouvoir déclencheur ; il ne redevient actif que lorsqu'on introduit une variation, renouvelant l'intérêt pour le stimulus transformé (ZELAZO, KAGAN). Si l'excitation simple peut le déclencher, il faut à d'autres moments que cette excitation ait certaines qualités : voix de la mère par exemple. A une certaine période de l'évolution, l'excitation doit être en effet plus complexe, avec certaines caractéristiques d'homogénéité qui changent d'ailleurs selon les paliers de développement. Tel est le cas du sourire réponse à la gestalt du visage humain animé, ou non animé, du visage animal inanimé, poupée, chat, ours, etc., comme l'ont montré R. SPITZ et K.M. WOLF d'une part, et R. AHRENS du point de vue expérimental d'autre part. Nous voyons, d'après ces données, que des excitations qualitatives particulières — la voix de la mère, la gestalt des visages — correspondent à de véritables mécanismes déclencheurs pourvu qu'ils arrivent au moment adéquat.

Parfois les stimuli jouent un rôle par eux-mêmes, d'autres fois par les réactions qu'ils provoquent : surprise, sentiment d'intrusion, de présence-absence, d'apparition-disparition. Certains stimuli externes, tels que le souffle ou le chatouillement, peuvent produire chez l'enfant tout jeune, au cours des premiers mois, des réactions négatives de retrait de type nociceptif. Au cours des premiers mois, les chatouillements par exemple peuvent produire un arrêt très momentané des pleurs, ou bien un accroissement des cris-pleurs quand l'enfant est dans un état d'irritabilité. On a décrit des réactions positives au chatouillement entre 4 et 5 semaines (P.H. WOLFF), et dans le deuxième mois l'apparition, consécutive au chatouillement du pied, d'un rire naissant s'éteignant sur place à la manière d'un réflexe isolé instantané (W.T. PREYER) ; c'est vers le sixième mois seulement que, d'après WALLON, l'enfant devient sensible au chatouillement.

Les caractéristiques particulières des stimuli ne sont pas suffisantes pour

expliquer le déclenchement du sourire. Celui-ci dépend aussi des *dispositions psycho-physiologiques de l'enfant* : capacité de maîtrise, intentionnalité, disponibilité positive ou négative face aux excitations adéquates. Ainsi les réponses sont qualitativement différentes selon le degré d'évolution tant cognitive qu'affective.

On observe également chez le jeune enfant les prémices de l'humour ou du comique, ainsi que des réactions à l'incongru. Dans des situations qui contrastent avec le déroulement ordinaire de la vie, l'enfant peut en effet se sentir face à du « mécanique plaqué sur du vivant », dans le sens bergsonnien du terme.

Si à la phase protopathique du sourire, l'interlocuteur n'est pas forcément présent, le renforcement positif que constitue celui-ci devient ensuite nécessaire, le sourire devenant *élément de la communication et des échanges*. De celui-ci le locuteur et l'interlocuteur tirent des bénéfices. Hors des stimuli adéquats ou d'un interlocuteur valable, ces échanges prennent des sens interpellatifs, approuvatifs ou de participation. Si au début de leur apparition dans le temps le sourire et le rire provoquent chez l'enfant une attitude tonique particulière répondant à l'ambiguïté de la réaction qui va se produire, plus tard l'enfant semble prévoir en raccourci le scénario du déroulement de l'action qu'il va vivre. Il ne faut pas oublier que la provocation du rire par l'enfant ou par l'adulte répond à une réciprocité d'action, qui va rentrer dans une activité ludique : jeux qui ont des règles et dont les itérations ne sont pas de simples répétitions, mais répondent à des échanges mutuels cherchés et renouvelés.

Le sourire et le rire sont des réponses positives d'expression qui passent par la voie motrice de la face et de l'ensemble du corps ; ces réponses ont, selon une chronologie temporelle, des valeurs hétérogènes : elles correspondent à des mécanismes innés et contraignants de déclenchement au début ; elles ont un plus grand degré de liberté et d'intentionnalité plus tard. C'est seulement après avoir opéré un certain nombre de connotations en fonction de l'évolution cognitive et affective, que nous pourrions définir leur signification.

L'enfant vit dans un *monde sonore* qui l'enveloppe et au sein duquel il se manifeste dès la naissance par le cri. En raison de l'immaturation, ce bain sonore est monotone et l'enfant ne réagit aux stimuli que par le réflexe de Moro. Progressivement, certains stimuli vont créer une réaction d'éveil et vers la troisième semaine, l'enfant arrête ses pleurs lorsqu'il écoute la voix de la mère. Plus tardive est la rotation de la tête et des yeux vers la source sonore : latérale d'abord (vers la 36^e semaine), vers le haut et vers le bas ultérieurement. Dans le cadre de l'espace sonore circulaire, l'enfant va faire le choix des sons en fonction de leur familiarité, et réagira à des bruits annonçant un contexte ou une situation donnée : bruits de pas, lorsque l'enfant sort de son état de sommeil, lorsqu'il est habitué à être pris dans

les bras. Parfois l'enfant prend des postures d'alerte dans l'attente d'un bruit. Ses réactions aux sources sonores dépendent de son niveau de vigilance. A l'approche du sommeil, la mélodie des berceuses peut entraîner un apaisement et faciliter l'endormissement.

L'intrusion de l'enfant dans le monde sonore se manifeste par des cris et surtout par des cris-pleurs. C'est vers la fin du premier mois que les cris-pleurs font place aux vocalisations non-pleurs. Le passage des cris-pleurs, aux vocalisations non-pleurs qui apparaissent tout d'abord lors d'un état d'irritation, serait en faveur d'une relation entre les cris et les vocalisations, tout au moins au début. La loi de SCHULTZE, d'après laquelle l'émission phonétique suit la loi du moindre effort — les phénomènes labiaux précédant les phénomènes gutturaux — est critiquée par certains auteurs pour lesquels les gestes phonétiques seraient à l'inverse de ce que laisserait entendre la loi de SCHULTZE, au moins en ce qui concerne la période de lallation. Ceux qui admettent que les premières lallations sont surtout constituées par les phonèmes labiaux, justifient leur vue en disant que l'activité des lèvres est provoquée de bonne heure par la succion. Cette explication paraît inadéquate à OMBRE-DANE, le mécanisme de la succion étant très différent de celui de l'émission phonétique des labiales et la succion comportant une inspiration, non une expiration.

Pour un grand nombre d'auteurs, ce sont les voyelles qui apparaissent en premier lieu : en particulier les voyelles antérieures A, E. Les consonnes apparaissent ensuite : les consonnes postérieures gutturales, puis les consonnes labiales et linguo-dentales et leurs variantes nasalisées.

D'après M. LEWIS, les premières manifestations sonores expriment le déplaisir ; voyelles antérieures A et E. Ces expressions d'un état affectif négatif seront renforcées par la vocalisation à résonance nasale M, N, G. D'après LEWIS, les premières manifestations sonores peuvent aussi être positives et liées à la satisfaction de la faim et à la position confortable. Des situations analogues, mais décalées dans le temps, aboutissent à l'émission des consonnes antérieures labiales et linguo-dentales et de deux variantes nasalisées. Ces consonnes sont produites dans une zone qui est également concernée par la succion. S'il s'agit au début de signaux négatifs, de vocalisations de faim, ils deviennent ultérieurement expressions positives.

Si l'on accepte le passage des cris-pleurs aux vocalisations non-pleurs, il est toutefois difficile d'identifier au début les points de transition sur le spectrogramme. On remarque que les vocalisations non-pleurs sont plus longues en durée que les pleurs rythmiques et qu'ils ont la même fréquence fondamentale. A partir du moment où le bébé joue tout seul et invente de nouveaux bruits, y compris les gargouillements et jeux de langue, et qu'il les pratique ensuite de façon circulaire, sur le spectrogramme ces sons sont plus complexes

et, à l'oreille, les types individuels de vocalisations sont plus distincts (P.H. WOLFF). Il paraît donc difficile de nier la relation de continuité entre les deux patterns. On ne peut pas minimiser l'importance des structures bucco-linguo-pharyngées, mais on doit admettre que les premières émissions sonores correspondent à des modifications du passage aérien au niveau de la région laryngo-glottique. La « réaction de gargarisme » tient une place initiale et la fermeture terminale du canal vocal peut laisser apparaître des phonèmes à points d'articulation plus antérieurs. En effet, la modulation extrêmement riche des vocalises ne peut pas être comprise sans l'intervention bucco-linguo-dentale. Mais on doit se demander jusqu'à quel point ce type d'exercice qui transforme l'onde respiratoire en sons, utilise de la même manière les appareils d'ingurgitation alimentaire. L'utilisation d'organes semblables n'implique pas nécessairement un type de fonctionnement équivalent.

La vocalisation est une manière d'utiliser un fonctionnement qui s'exerce sans aucune intentionnalité, ni besoin de communication. Lorsque l'enfant est tout seul dans le berceau, les vocalises se déroulent comme des litanies qui tantôt sont vécues par nous comme des monologues interminables, tantôt ressenties comme s'il dialoguait avec lui-même. Il chantonne, utilisant une mélodie souvent monotone, dans le cadre d'une certaine rythmicité. Dès l'âge de deux mois, l'enfant présente des vocalises extrêmement riches et c'est lui qui est le sujet de l'action. C'est au cours de cette activité personnelle qu'il se trouvera face à l'émission de nouveaux sons qui sont souvent l'effet du hasard, l'onde sonore trouvant, à degré de maturation égal, des formes et des dispositions diverses de l'appareil phonatoire, selon le moment. L'enfant cherche ensuite par lui-même comment se produisent ces modifications. Ces changements ne sont pas seulement le fait de nouveaux sons entendus, mais peuvent correspondre à des façons diverses de ressentir l'activité phonatoire proprement dite.

Quel rôle joue l'adulte dans le mécanisme des vocalisations ? L'adulte peut vouloir imiter la vocalisation de l'enfant, mais en fait cette imitation n'est que très approximative ; ou bien il peut chercher à provoquer la vocalisation. Entre 2 mois et 2 mois 1/2, l'adulte étant l'inducteur, l'enfant regarde la figure de l'adulte, en particulier ses lèvres, et tente de modeler son appareil phonateur par rapport à celui de l'interlocuteur, bien qu'il ne voie pas ce qui se passe à l'intérieur de la bouche. Il fait des efforts labiaux et gutturaux afin d'exprimer les sons entendus. Parfois il y arrive et émet à peu près ces sons, d'autres fois il exprime un son différent. Quelquefois il émet en différé un son qui ressemble à celui de l'adulte. Ce qui est caractéristique, c'est la ténacité de l'enfant à se préparer à l'émission, à répéter parfois un son approximatif ou différent et parfois à continuer par des sons divers. C'est déjà un besoin de fonctionnement et ce besoin est tellement grand que ce jeu d'imitation peut durer cinq à dix minutes, si bien que, par crainte d'un conditionnement, l'interlocuteur est amené à arrêter ce jeu. En effet,

l'enfant est comme happé par cette voix venant de l'extérieur ; on peut d'ailleurs se demander jusqu'à quel point il imite la voix ou la gestualité bucco-phonatoire, ou si la voix n'est que le simple inducteur de la mise en train de l'activité bucco-phonatoire de l'enfant.

La période du babil est extrêmement riche, l'enfant étant capable de reproduire tous les sons imaginables, une somme de sons qu'on ne trouve jamais réunis dans une seule langue et même dans une famille de langues. Une pause va ensuite se produire lors de la période intensifiante à la période prélinguistique et linguistique, avec diminution des émissions vocales de la période du babil, émissions qui vont se mélanger avec des onomatopées et des exclamations. Vont coexister également à cette période l'écholalie simple et la métalalie (répétition à distance). L'enfant cherchera à imiter l'intonation et c'est cette imitation mélodique qui débouchera sur le jargon. C'est au cours de la deuxième année que se feront l'acquisition des mots, les mots-phrases, petites phrases agrammaticales et c'est à l'âge de deux ans qu'apparaîtront les prémices du récit. Certains auteurs ont décrit une diminution des vocalisations pendant la période d'acquisition de la préhension des objets, de la station debout, et de la marche. Un certain nombre de problèmes méritent de retenir notre attention. Existe-t-il une évolution linéaire depuis la période cris-pleurs jusqu'à la période du langage constitué. D'après LENNEBERG, on peut distinguer deux types d'activité vocale dont l'analyse acoustique fait apparaître nettement la différence. Ainsi, les cris-pleurs ne mettent en jeu aucune activité articulatoire différenciée en dehors de l'ouverture et de la fermeture de la bouche ; ces formes très élémentaires d'activité vocale persisteront toute la vie, tout en subissant au cours de l'enfance et à la puberté des modifications de timbre notamment. Les vocalisations d'où émergeront les phonèmes débutent dès la fin du deuxième mois. Ces vocalisations sont pour une grande part déterminées génétiquement mais elles jouent, de même que le sourire qui se développe à la même époque, un rôle capital dans l'origine de la socialisation de l'individu.

Les cas d'enfants-sourds montrent que les vocalisations peuvent exister en dehors de tout apport extérieur, mais ils montrent en outre l'existence éphémère de celles-ci par manque d'auto-stimulation ou d'hétéro-stimulation auditive. LENNEBERG a enregistré la production vocale d'enfants de parents sourds, et d'enfants de parents entendants. Les vocalisations sont dans l'ensemble plus rares chez les enfants de parents sourds. On sait que, dans de nombreuses espèces d'oiseaux, on retrouve chants et appels chez les individus élevés en isolement. Mais chez d'autres, élevés également en isolement, il y a émission de chants primitifs ou totalement anormaux. On peut admettre que les premières vocalises sont non apprises et considérer qu'elles peuvent être auto-entretenuës par l'autostimulation des émissions de l'enfant et par l'hétérostimulation de l'adulte. Mais qu'apporte, en fait, l'environne-

ment ? D'après JACOBSON, le langage « bébé » employé par l'adulte pour s'approcher de l'enfant est délibérément adapté à la configuration phonétique du petit enfant. La plupart des auteurs considèrent que le langage de l'adulte, lorsqu'il s'adresse à l'enfant, est plus simple ; son vocabulaire plus restreint, plus concret que lorsqu'il vante les qualités de l'enfant ; lorsqu'il annonce ce qu'il va faire ou ce qu'il est en train de faire, les phrases sont souvent syntactiquement bien construites. Tous les adultes n'emploient pas en permanence le langage « bébé » ; il est utilisé plus ou moins fréquemment selon les cas et selon les individus. C'est avec juste raison que certains auteurs admettent que l'adulte peut fournir à l'enfant un modèle simplifié de la langue sans être pour autant un langage pauvre ou non grammatical. Le langage de l'adulte ne dépend pas seulement de ses qualités formelles et du moment où il est émis, mais il correspond aussi à la soif du dialogue de l'enfant. S'il est vrai que les enfants vocalisent moins lorsque leurs mères sont présentes que lorsqu'ils sont seuls, l'adulte, au cours de ses interventions, par sa simple présence, diminue cette activité égocentrique. Si soliloquer est un plaisir de fonctionnement pour lui-même, l'intervention de l'adulte introduit non seulement certaines corrections au langage de l'enfant, mais ouvre une communication dans le cadre des échanges. Dans le cadre même de la différence de langage s'établiront des identifications et progressivement l'enfant différenciera le locuteur de l'interlocuteur. Dans l'ensemble du langage qui lui est destiné, l'enfant sera progressivement capable de distinguer certaines figures significatives. L'enfant n'est pas un être passif ; il ne reçoit donc pas passivement. A partir d'un certain moment, il peut faire une sélection dans ce qui lui est offert, d'après l'intonation, le comportement gestuel et mimique qui accompagnent la parole, ensemble que l'enfant appréhendera progressivement au cours des étapes de son évolution.

Comprendre ce n'est pas seulement entendre des mots, mais comprendre des relations, relations entre ce qui est dit par autrui et la façon dont cela est dit, avec les gestes qui accompagnent ; c'est aussi pour l'enfant comprendre ce qu'il en tire pour sa propre satisfaction.

Du fait de son organisation immature à la naissance, l'enfant est incapable de se déplacer vers la mère ou vers la source de son alimentation ; elle doit lui être offerte. Le nouveau-né est pourtant prêt à recevoir la nourriture ; l'activité orale et linguale se manifeste déjà avant la naissance. Lorsqu'on le rapproche du sein de sa mère, il cherche le mamelon par le mécanisme du fouissement, mais l'enfant humain ne peut pas, comme certains animaux, s'agripper à la fourrure de la mère. La naissance n'est pas seulement le passage du milieu liquide au milieu aérien. Le liquide amniotique enveloppait l'enfant, tout en lui laissant une certaine capacité de mobilité. A la naissance, après des contractions contraignantes, le nouveau-né présente des mouvements dits spontanés, non contrôlés. L'espace dans lequel se déroulent ces activités, n'est pas un espace naturel ; il dépend des habitudes et des mœurs. L'enfant

est plus ou moins proche selon les habitudes. Dans la tradition occidentale, il est proche de la mère lors de l'allaitement, manipulé par elle lors des changes, mais, le plus souvent, il est séparé de celle-ci par une enveloppe vestimentaire et couché dans un berceau. La mère, qui place et déplace l'enfant, permet ou freine ses mouvements spontanés, met l'enfant dans son berceau dans une position ventrale, dorsale ou latérale, accueille l'enfant dans ses bras, lui offrant des postures plus ou moins adéquates. Certaines femmes primipares, n'ayant ni connaissance, ni modèle offert par la tradition, cherchent et tâtonnent lors de la têtée afin de trouver les meilleures postures pour l'enfant et pour elles-mêmes, facilitant les mécanismes de succion-absorption. C'est dans cette activité de proximité que l'enfant recevra non seulement son alimentation, mais en outre établira un contact peau-à-peau avec le sein, et fixera sa rythmicité alimentaire; dans une interrelation commune, ils trouveront l'un et l'autre un plaisir partagé. C'est d'ailleurs dans cette position que l'enfant, prenant le sein ou le biberon, son regard tourné vers le haut, trouve progressivement le visage de la mère et en outre, avec sa main, le contact du sein : la têtée n'est pas seulement source d'alimentation et de contact oral. Lorsque l'enfant a faim, avant de connaître l'objet de la satisfaction, il cherche quelque chose, quelque part, qui puisse satisfaire son besoin. Par des mouvements de lèvres et de langue, l'enfant manifeste son désir que la mère comprend et s'offre à satisfaire. Lorsque le besoin est satisfait, cet enfant qui tétait le poing serré, la tête accrochée au sein, dans les bras de sa mère, devient lourd dans le creux de ses bras, emplissant de sa lourdeur leur concavité; la mère se relaxant elle-même sent que son enfant détendu prend la forme de son corps; elle réalise que ce qu'elle a offert a été reçu et que l'enfant a trouvé ce qu'il cherchait. Dans cette situation relaxée, l'un et l'autre sont une unité indissociable. En fait le nouveau-né, lors de la têtée, ne sait pas qu'il y a un dehors et un dedans. Il ne fait pas de différence entre l'extéroceptivité et l'interoceptivité; comme nous l'avons dit, lors de cette activité, l'enfant est sein.

Les relations entre la mère et l'enfant débutent dès qu'il se réveille et un cérémonial va se dérouler tout au cours de la journée : l'alimentation, le change, la prise dans les bras lorsque l'enfant pleure, c'est-à-dire tout un répertoire de conduites d'ordre émotionnel, verbal et manipulatoire. D'après E.H. ERIKSON, ce genre de ritualisation est hautement *individuel* (typique de la mère et en même temps adapté à un bébé particulier), mais correspond également à un *stéréotype* traditionnel.

Nous avons insisté sur le fait que l'enfant d'une part émet des messages ayant une signification pour la mère, et d'autre part a des réactions qui ont une signification pour l'organisme, sans qu'elles soient volontaires, avec un désir de communiquer. Ces signes, tels que les cris-pleurs par exemple, peuvent répondre à des états organismiques polyvalents, répondant à une

impression de malaise ou à un besoin à satisfaire (douleur, irritation corporelle, mauvaise posture, sensation de faim, etc.). Ce qui est émis dans ces conditions, n'est pas un message volontariste de la part de l'enfant, mais ce sont des appels de l'organisme qui se trouve dans un état d'inconfort ou de besoin, et la mère les reçoit comme un appel. Ces appels ne sont pas le négatif d'autres signaux tels que le sourire par exemple. Ce sont des signes positifs de sauvegarde de l'organisme ; la mère les ressent comme tels et en cherche la cause. Au cours des premières semaines, les cris-pleurs ne peuvent pas être considérés comme des émotions dans le sens classique du terme. Ils sont plutôt un signe d'alerte. Rapidement, la mère répondant facilement à ces signes, ils peuvent être utilisés très tôt comme une demande de présence — l'enfant crie pour qu'on s'occupe de lui — plus tard comme une réaction de frustration. S'il est vrai qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser dans le cadre la communication des notions d'intentionnalité, de conscience ou de volonté, nous nous rendons compte qu'au cours de l'évolution, l'émetteur véhicule un message organismique d'abord, d'appel plus tard, sans connaître vraiment le sujet qui le reçoit, mais sachant que quelque chose va se déclencher à la suite de l'émission de ce message ; plus tard, l'émetteur sait que le message va entraîner une réponse positive. Nous pourrions dire la même chose par rapport au sourire et au regard lorsque la mère, non pourvue de connaissances psychologiques, peut les considérer comme une offrande de la part de l'enfant, alors qu'en fait il répond à la mise en train d'un schème inné au cours d'un certain type d' « état », avant que le sourire et le regard ne deviennent échange et prémices du dialogue. La mère peut les ressentir comme des signaux qui s'adressent à elle, donner à ces signes une valeur significative et créer, par sa recherche, l'ouverture du champ des significations. Il existe quand même une différence entre les cris-pleurs dont la mère n'est pas l'incitatrice d'une part, et d'autre part le regard et le sourire : elle cherche à accrocher le regard, elle sourit afin de recevoir un sourire, tout cela avec des manipulations, des affirmations ou des interrogations verbales. Dès la naissance, la mère cherche dans son enfant des signes soit vitaux et permanents, tels que la mécanique de la respiration, soit oscillants dans le temps, tels que le niveau de vigilance ; d'après les mouvements, d'après les modalités de la succion, elle porte des jugements sur les caractéristiques d'activité ou de passivité ; elle estime que son enfant est plus ou moins vorace ; elle observe l'état de ses selles, les fluctuations de son poids, signes d'une bonne ou mauvaise assimilation de ce qu'elle lui offre ou d'une bonne ou mauvaise évolution de sa croissance. D'après cet ensemble de signes, elle se jauge, elle se juge, elle se confronte et s'interroge pour savoir jusqu'à quel point elle est impliquée dans cette biologie plus ou moins visible et plus ou moins mesurable : elle se projette sur l'enfant qui est son œuvre et devient souvent ainsi émetteur et récepteur, répondant à un code soit de la réalité des faits, soit de la réminiscence de fantasmes primitifs ; devenant

le miroir de l'enfant, en fait c'est sur elle-même qu'elle s'interroge et souvent la réponse est déjà dans l'énoncé.

Les modes de communication linguistique ont déjà été explorés. Nos recherches actuelles portent surtout sur la communication préverbale, essentiellement sous la forme des vocalises et des manifestations gestuelles et posturales.

SÉMINAIRE

Le séminaire de cette année a porté sur les problèmes posés par la carence d'affects et d'afférences sociales et sensorielles. Nous appelons afférence tous les apports venant de l'extérieur qui théoriquement enrichissent et permettent la formation ou l'organisation de la personnalité, soit du seul fait de leur existence, soit par les satisfactions ou les insatisfactions qu'ils provoquent ou par les investissements qu'ils créent.

Les apports expérimentaux chez l'animal montrent que les stimulations sensorielles convoyant l'information de l'environnement sont nécessaires pour un développement comportemental adéquat, ceci étant particulièrement net dans les expériences de désafférentation sociale des singes rhésus. On a montré que l'isolement social de la naissance à trois mois produit des effets qui sont réversibles ; si l'isolement se produit entre 6 et 12 mois, il entraîne des lacunes sociales définitives, tout en respectant l'intégrité des fonctions cognitives. Un isolement social partiel qui consiste à priver (de la naissance jusqu'à 6 ou 12 mois) des singes de tout contact physique avec leurs congénères, tout en leur permettant de les voir et de les entendre, provoque dans les deux sexes des altérations de l'individu, de sa sexualité et des aptitudes sociales. Une isolation totale de 6 mois, à partir de la naissance, entraîne des troubles dont la guérison sociale, presque complète, a pu être obtenue par une interaction progressive des sujets isolés avec des singes « thérapeutes » socialement normaux et de trois mois plus jeunes. Il est évident que ce genre de méthode expérimentale est inapplicable à l'homme, mais on a pu comparer la désafférentation chez l'animal aux cas décrits dans la littérature sous l'appellation d' « enfants sauvages » ou « enfants-loups ». Malheureusement, malgré un grand nombre d'observations, nous n'avons pas une anamnèse suffisante des sujets en cause. Aussi a-t-on pu dire que ces enfants ou adolescents pouvaient être des encéphalopathes de naissance ou des enfants autistes. Mais même si cela est vrai, le cas de « Victor le sauvage de l'Aveyron » reste riche d'enseignements. ITARD a pu modifier cet enfant par une rééducation patiente, démontrant ainsi qu'après une longue isolation, Victor a été jusqu'à un certain point capable d'acquérir des connaissances. Il est

évident qu'on ne peut pas passer directement du terrain expérimental aux résultats obtenus chez l'homme dans des situations particulières de désafférentation : analogie ne veut pas dire homologie.

Des données quasi expérimentales sont apportées par l'étude du développement de jeunes enfants soignés en enceinte étanche stérile, en réanimation digestive. Ces enfants présentant un déficit immunitaire sévère qui est traité par un greffe médullaire, peuvent vivre pendant un certain temps dans une enceinte stérile en plastique (une « bulle ») qui les isole du milieu extérieur septique. Il semble démontré que lorsqu'ils sortent de la « bulle », ils s'adaptent progressivement au milieu environnant, leur développement étant apparemment normal. Il faut tenir compte de ce que ces enfants qui vivent dans un espace tout à fait particulier, ne sont pas constamment séparés du monde extérieur. En fait, ils sont largement stimulés par des contacts à travers des manchons qui permettent de les toucher, ils voient la famille et le personnel soignant ; des jouets stériles sont constamment à leur disposition. Après une isolation de 7 mois par exemple, les enfants s'intègrent à la vie familiale.

Les enfants qui sont nourris par perfusion d'un soluté nutritif, ou par sonde gastro-entérale, en milieu aseptique, posent des problèmes particuliers. En effet, ce mode d'alimentation va de pair avec une limitation des mouvements et du champ de vision ; il est en outre assuré par des personnes portant des vêtements stériles, dont une partie du visage est couverte et dans un bruit de fond constant de l'appareillage. Ainsi ces enfants ne reçoivent pas l'afférence de la relation au sein, et il y a, pour eux, clivage entre la fonction nutritive et l'érotisation de la zone buccale ; quoique manipulés, ils ne reçoivent pas les mêmes types d'afférences cutanées ; ils ne vivent pas non plus une activité motrice équivalente à celle des enfants normaux ; ils sont en partie immobilisés par l'appareillage nécessaire à leur survie. Ces enfants cependant sourient et maintiennent leur présence par une grande intensité du regard. Ils peuvent, semble-t-il, présenter des troubles moteurs, des troubles du schéma corporel, parfois également un retard du langage ; par contre les désordres prépsychotiques qui existent chez certains sembleraient liés à un mode particulier de relations parentales. Les deux types d'expérience que nous venons de rapporter répondent bien sûr à des désafférentations partielles qui devraient théoriquement entraîner une psychopathologie évolutive. D'après ce que nous en savons, ce n'est pas le cas de ces enfants-là. Et l'on doit se demander jusqu'à quel point un enfant n'est pas capable de dépasser le manque d'apports venant de l'extérieur, par ce qu'on a appelé l'aliment « stimulus interne », et par de nouvelles organisations fonctionnelles, certes relativement labiles, mais lui permettant de faire une reconversion lorsqu'il sort de ces états exceptionnels.

Ces types d'études posent des problèmes théoriques de grande importance. Ils entraînent en même temps une mise en question des moyens de longue

durée utilisés en milieu hospitalier, ainsi que, compte tenu de leurs conséquences, de certains placements plus ou moins longs dans des établissements tels que orphelinats ou sanatoriums, les enfants risquant de recevoir trop peu d'afférences et d'affects. La notion d'« hospitalisme », considérée comme facteur pathogénique des désordres du comportement et de l'organisation affective de l'enfant est une réalité, mais on en a exagéré la portée, allant jusqu'à admettre qu'un court placement en milieu hospitalier peut entraîner des modifications importantes de l'organisation psychologique. Cependant, trop souvent, l'on n'a pas suffisamment tenu compte du fait que la séparation à elle seule peut être non seulement une carence d'apports, mais aussi une frustration par rupture des relations. Quoi qu'il en soit, la discussion a modifié notre façon de concevoir l'assistance aux enfants, aussi bien du point de vue hospitalier qu'institutionnel.

Un type particulier de séparation est celui du sevrage, considéré comme un « traumatisme » entraînant une modification des modes de relation entre l'enfant et sa mère. Lorsqu'on parle de sevrage, on se réfère presque toujours au sevrage de l'enfant, au passage du sein au biberon, ou du biberon à des substances semi-liquides à la cuiller. En fait, dans le sevrage, il existe deux protagonistes : celui qui sèvre et celui qui est sevré. Lorsqu'on se réfère à l'enfant que l'on sèvre, on considère qu'il peut ressentir la perte du sein comme une privation, et même comme une punition. La mère, pour sa part, peut ressentir le sevrage comme la perte d'une satisfaction, la rupture d'une symbiose, ou comme une attitude contrariante de l'enfant du fait de son besoin d'indépendance. Dans notre culture, c'est la mère qui décide du moment du sevrage, soit préalablement à l'accouchement, soit après la naissance et c'est elle qui fixe une date approximative. Plus souvent cependant, le sevrage est progressif avec, au début, le remplacement d'une ou deux têtées par le biberon. Quand le sevrage est relativement brusque, la mère est aux aguets pour voir comment l'enfant supporte cette séparation.

Il est actuellement connu que les enfants africains (enfants Bagandas, Nugandas, enfants Wolofs) sont en avance par rapport aux enfants européens, de la naissance jusqu'à 18-20 mois. Par contre, on remarque chez eux un ralentissement brusque des performances à partir du vingtième mois. Certains auteurs ont émis l'hypothèse que ce ralentissement du développement psychomoteur dépendait du sevrage tardif pratiqué dans les milieux traditionnels africains. En fait, dans les travaux les plus récents, cette deuxième période d'inhibition serait moins la conséquence d'une perturbation due au sevrage que le corrélat observable des premiers processus d'intériorisation des normes éducatives Wolof (S. VALENTIN). Par ailleurs, le système alimentaire, dans le cadre mères-enfants africains est extrêmement libre. Mais ces travaux insistent sur le sevrage ritualisé. Cette ritualisation tranquillise probablement les mères, alors que chez les occidentaux, le sevrage, n'étant pas ritualisé, est vécu comme une séparation.

Quelles sont les conséquences d'une désafférentation sur la personnalité de l'enfant en formation, ou sur l'adulte ? La notion d'une oligophrénie d'origine carentielle est discutée. Mais il est évident qu'un retard mental peut être accru par un manque d'apports. Les manifestations névrotiques ne sont pas la conséquence de frustration ou de carences. Par contre, un certain nombre d'auteurs admettent qu'il existe une certaine relation entre la désafférentation et la personnalité psychopathique et délinquante, considérant que l'enfant frustré très précocement ne pourra pas plus donner de l'amour qu'en recevoir. Il est cependant évident que tous les syndromes psychopathiques ne peuvent pas s'expliquer par pure pathogénie carentielle. A notre avis d'ailleurs, il existe des enfants qui, pour des raisons biologiques personnelles, ne sont pas capables d'assimiler des apports considérés comme quantitativement et qualitativement valables. Ils présenteraient une mal-absorption des affects reçus et la pathogénie complexe de ces cas mériterait d'être réétudiée de façon approfondie, sur le plan de la métabolisation des affects originels. Dans la relation entre un syndrome carentiel et des désordres psychotiques, on peut distinguer la désafférentation comme cause de la psychose, et la chronicisation des psychoses dans un milieu asilaire. La psychose en tant que telle ne peut être comprise qu'à travers les mécanismes particuliers de la relation d'objet, mécanismes de défense et de contre-investissement. Ce qui est sûr, c'est que certaines organisations asilaires, par leur manque d'apports, par la monotonie des soins, sont à l'origine de privations partielles prolongées et entraînent une diminution fonctionnelle et le non usage du Moi qui ont pour conséquence une « dégression » chronique (RACAMIER). Quelle place faut-il accorder à la notion de « névrose d'abandon » ? Les sujets ainsi décrits n'entrent pas nécessairement dans le cadre de la pathologie carentielle. Ils dépendent de trois facteurs : facteur constitutionnel, attitude affective des parents, abandon traumatique. Les désordres de leur personnalité dépendent beaucoup plus de la situation triangulaire que des affects formatifs, de la vie conflictuelle que des carences, et souvent de la vie fantasmatique que de la réalité. Cependant, il nous semble que ces « névroses d'abandon » répondent tout au moins, s'il n'y a pas véritablement manque d'affects, à des distorsions des rapports avec autrui, correspondant, non seulement à un déficit des apports, mais aussi à un mode particulier d'assimilation. Les mères, en effet, ne sont pas toutes semblables face à la donation ; l'enfant peut avoir un potentiel de base avec demande excessive ou au contraire passivité. La valeur qualitative des apports dépend de la qualité de l'offre et de son assimilation, du mode de réception et d'expérimentation, aussi bien par l'organisme que par le sujet en voie de socialisation en tant que personne, à travers les mécanismes de la relation.

Les désafférentations sensorielles partielles posent des problèmes particuliers. Théoriquement, elles répondent à un manque d'apports par le canal visuel chez les aveugles et les amblyopes, par le canal auditif chez les enfants sourds. En fait, toute désafférentation, même partielle, modifie la relation avec le

monde environnant ainsi que le coefficient de réalité des choses et leur place dans le temps et dans l'espace. Le manque d'apports, même partiel, modifie le mode d'appréhension de l'objet dont la signification est en fait multisensorielle ; l'objet doit être reconstruit sous une forme différente. Si l'enfant aveugle vit dans un espace vide qu'il doit construire à sa manière, l'enfant sourd vit dans un espace de silence. Lorsque la cécité est congénitale, il existe une difficulté à saisir le monde, à se placer dans ce monde par rapport à des objets qui sont décrits et que l'enfant aveugle ne peut appréhender que par la palpation. L'enfant a besoin de se représenter ce dont on parle. Cependant la cécité, par elle-même, n'entrave pas qualitativement le développement intellectuel. Lorsque le développement de l'aveugle a été entravé par une insuffisance d'apports du milieu ambiant, on assiste plus facilement que chez l'enfant normal à la constitution de déficits souvent irréversibles. Si on a pu décrire un retard de développement moteur chez les enfants aveugles, ce retard ne doit pas être expliqué par un déficit anatomo-physiologique du système moteur (sauf en cas de lésion cérébrale évidente). Il s'agit, dans ce cas, d'un trouble de la réalisation motrice elle-même. Car si, chez le sujet normal, la motricité est automotrice au début, elle est ultérieurement mouvements motivés par les appels extérieurs visuels notamment, l'enfant cherchant à s'approprier par le déplacement les objets distants de lui. Vivant dans un espace haptique et auditif, les aveugles ne peuvent pas organiser l'espace de la même façon que les voyants. Leur corps et le corps d'autrui n'étant pas visualisés, leur schéma corporel sera organisé autrement. Ces enfants ne sont pas stimulés, et, s'ils ne sont pas compris dans leurs désirs et dans leurs demandes, ils présentent souvent des tableaux d'abandonnisme. La mère ou son substitut joue un rôle très important dans l'organisation psychologique de ces enfants et le cadre familial joue un rôle capital dans leur organisation psychologique. La mère, seule, est souvent incapable d'assumer complètement la cécité de l'enfant. Le meilleur développement est acquis lorsque l'ensemble de la famille s'en occupe : mère, frère et père. Comme l'ont montré C. LAIRY et A. COVELLO, ce qui touche à l'œil prend une dimension magique extraordinaire. Cependant, on doit tout faire pour rendre ces enfants autonomes malgré leur déficit. Comme l'ont dit ces auteurs, les tableaux de retard d'autonomie vont souvent de pair avec une hyperprotection de l'environnement qui se substitue à l'activité inventive de l'enfant — activité qui est normalement la source des investissements positifs. Ce manque d'autonomie peut correspondre à des composantes phobiques chez les mères, composantes qui empêchent celles-ci de maîtriser la situation ; leur comportement monotone est rigidifié et n'apporte pas suffisamment d'afférences multisensorielles, tant du point de vue quantitatif que qualitatif.

Le problème que pose l'enfant sourd congénital ne peut pas être compris uniquement sur le plan d'un simple manque de réception des sons, cet enfant souffrant aussi d'un désordre de la communication dans un mode organisé

en fonction du langage. Le langage joue chez l'homme un rôle important dans l'organisation de la pensée. On a considéré pendant très longtemps que le langage était la condition nécessaire de l'organisation de la pensée ; on peut également affirmer qu'il n'est pas la condition suffisante pour expliquer ce mécanisme. La psychologie de l'enfant sourd a été décrite comme si tout le développement de la personnalité dépendait exclusivement du fait d'être mal-entendant. L'exclusion de l'apport sensoriel ne suffit pas à lui seul à expliquer les caractéristiques des sourds. On connaît actuellement parfaitement le développement intellectuel et les problèmes affectifs que posent ces enfants, de même que les difficultés de la famille à assumer ce déficit. Des recherches très approfondies permettent actuellement un dépistage précoce de la surdité et des appareillages complexes nous permettent d'améliorer la capacité d'entendre. Lorsqu'on écrit les caractéristiques de la personnalité des sujets sourds, on remarque que l'on ne tient pas suffisamment compte de cet ensemble de conditions et que l'on nous apporte trop souvent des analyses fragmentaires ne comportant pas la synthèse des différents éléments du tableau, à savoir : ce que l'enfant a reçu, de quelle façon il a vécu la relation avec la famille et avec le monde des entendants, dans quelle mesure il s'est senti exclu du monde environnant selon les possibilités éducatives qui lui ont été offertes. En fait, lorsqu'on fait un bilan, le problème du développement cognitif et affectif se pose différemment lorsque les enfants ont été éduqués à partir d'approches nouvelles, à savoir : appareillage acoustique précoce ; éducation préscolaire précoce ; éducation et enseignement à travers tout le processus de socialisation de l'enfant ; modification des institutions au profit d'une personnalisation de l'éducation à laquelle la famille prend part. Si l'on tient compte de ces facteurs, le groupe des sourds tel qu'on le décrit ne correspond pas à ce qu'on pourrait appeler un groupe homogène. Par ailleurs, au point de vue éducatif, il faudrait savoir au départ si l'apprentissage se fait en vue d'obtenir un langage oral ou un langage des signes.

L'avant-dernière séance du séminaire a porté sur les relations précoces des enfants entre eux, de 12 à 20 mois.

La dernière séance a porté sur l'expérience de Loczy, expérience hongroise, cette institution recevant de jeunes enfants privés de leur famille, de la naissance à trois ans. L'organisation de cette institution utilise des méthodes tendant à dépasser les méfaits possibles d'une carence. Les soins dans cette institution sont personnalisés et la continuité des soins, donnés toujours par la même personne, se fait avec un mode d'approche semblable. L'activité est pensée par rapport à l'enfant et s'il y a un changement de nurse, elle transmet à la suivante le mode de faire auquel l'enfant est habitué. Le principe essentiel de cette institution est de répondre aux demandes et aux possibilités de l'enfant pour que l'activation vienne de lui-même. L'enfant doit être un sujet actif et non pas un sujet passif auquel on impose un apprentissage. Les

enfants de cette institution sont préparés à entrer dans leur famille ou à être adoptés, en ayant des possibilités d'attachement dans leur nouveau foyer et en faisant l'économie de la frustration d'une rupture.

J. de A.

Ont participé activement à ce séminaire :

Dr A. TSAVARAS : *Désafférentations chez l'animal.*

Dr RAPOPORT : *Problèmes psychologiques posés par le développement de jeunes enfants en enceinte étanche stérile.*

Dr P.C. RACAMIER : *Les relations parents-enfants et les psychoses.*

E. KESTEMBERG et S. VALENTIN : *Le sevrage.*

G. RAIMBAUD : *L'enfant en réanimation digestive.*

J. GREMION, Ch. MOTTIER et Ch. TALLANDIER : *Les enfants sourds et mal entendants.*

Drs C. LAIRY et A. COVELO : *Les enfants aveugles et mal voyants.*

Drs S. LOBOVICI et C. KOUPERNIK : *Etat actuel de la notion d'hospitalisme et de la notion d'abandon.*

Irène LEZINE : *Relations précoces des enfants entre eux.*

G. APPEL et A. SZANTO-FEDER : *L'expérience de Loczy.*

CONFÉRENCES, COLLOQUES ET MISSIONS

— Colloque sur « La Chronobiologie et Chronopharmacologie au Troisième Age », 17 octobre 1977, à l'Université des Sciences sociales de Toulouse. Sujet traité : « *Etude comparative des désintégrations des fonctions neuropsychologiques dans les démences séniles et de l'intégration chez l'enfant.* »

— Participation à la Journée du Travail de la Société française de psychopathologie de l'expression sur « Les expressions gestuelle et orale du sourd », à la chapelle du Centre hospitalier Sainte-Anne, 2 décembre 1977. Sujet traité : « *Surdité et Communication.* »

— Conférence du soir au Collège de France, 15 décembre 1977. Sujet traité : « *Les prémices du dialogue chez le nourrisson.* » Présentation d'un film de 25 minutes intitulé « *Les prémices du dialogue chez le nourrisson.* »

— Mission scientifique à l'Institut des Sciences de l'Homme à Madrid, du 1^{er} au 6 avril 1978. Conférences sur le Développement de l'Enfant.

— Participation aux Journées franco-espagnoles de réhabilitation des infirmes moteurs cérébraux (XIV^{es} Journées d'étude et de perfectionnement sur la rééducation des I.M.C.), organisées par le Centre de documentation et d'information pour la rééducation des infirmes moteurs cérébraux, 19, 20 et 21 mai 1978 à Biarritz. Sujet traité : « *Ontogénèse du déplacement* » (J. DE AJURIAGUERRA et M. AUZIAS). Présentation d'un film de 35 minutes intitulé : « *Ontogénèse du déplacement.* »

— Symposium sur l'éducation du déficient sensoriel, premières journées d'études, Barcelone, 1^{er} et 2 juin 1978. Sujet traité : « *L'importance des afférences dans le développement psychologique.* »

PUBLICATIONS »

— Ontogénèse de la motricité, in H. HECAEN et M. JEANNEROD, *Du contrôle moteur à l'organisation du geste*, Paris, Masson, 1978, 133-157.

— Neuropsicologia del desarrollo, *Infancia Aprendizaje*, revista trimestral de estudios e investigación, 1978-2, 5-22.

— Les prémices des relations précoces parents-enfant, *Informaciones Psiquiátricas*, 1978, 8-28.

DISTINCTION

— Docteur Honoris Causa de l'Université basque de Bilbao, 1978.