

■ Revues générales

Troubles de l'attachement chez le nourrisson : quand agir ?

RÉSUMÉ : Le nourrisson, dès et même avant sa naissance, est un être d'interactions. Ses parents lui répondent et génèrent aussi chez lui des comportements interactifs, car ils le sécurisent grâce à leur acceptation de ses comportements d'attachement (accroche corporelle à une figure *caregiver* qui prodigue soins et protection).

Cependant, les troubles de l'attachement peuvent marquer le développement et entraîner des troubles psychologiques de nature très variée tout au long de la vie. C'est pourquoi le pédiatre doit explorer la qualité des interactions parents/bébé dès le tout début de la vie, afin de repérer d'éventuels troubles de l'attachement et proposer les suivis psychologiques adéquats.



A. BÈGUE, C. JOUSSEME
Pôle universitaire, Fondation Vallée,
GENTILLY.

Le nourrisson est très tôt, dès et même avant sa naissance, un être en désir d'interaction. Ses parents lui répondent et génèrent aussi chez lui des comportements interactifs, inscrits dans la même nécessité de construction d'intersubjectivité. Cependant, les troubles de l'attachement du nourrisson peuvent marquer de leur empreinte la qualité des processus interactifs parents/enfants et entraîner de façon prolongée des troubles psychologiques de nature très variée chez l'enfant.

■ Le concept d'attachement

C'est le psychanalyste Bowlby en 1969 [1] qui s'intéresse le premier aux travaux de Harlow, éthologue des années 1950. Ce dernier a travaillé sur les singes rhésus, qu'il sépare de leur mère, et chez qui il constate des troubles importants du développement. Il va même plus loin, en montrant que les petits singes séparés de leur mère très précocement et isolés ne peuvent mettre en place secondairement de comportements interactifs, mais aussi de comportements sexuels habituels : ils n'ont pas de désir sexuel

pour l'autre et, quand les femelles sont fécondées de façon systématique, elles n'ont pas de comportement de sollicitude envers leur progéniture [2, 3].

Bowlby définit alors l'attachement comme une absolue nécessité d'acroche dans le contact corporel entre le bébé et sa mère, contact qui permet à ce dernier de vivre dans une sérénité et un calme qui l'amènent à répondre avec le maximum de ses capacités aux attaques de l'environnement tout au long de sa vie (maladie somatique, attaques ou menaces de l'extérieur, etc.). On voit ici le lien fondamental entre capacités d'adaptation, résilience et qualité attachementale.

Bowlby met en avant le caractère primaire du besoin d'attachement du bébé humain à sa mère, comme chez tous les bébés primates, ce qui l'amène à réviser les théories psychanalytiques. En même temps, il montre dans une vision évolutionniste que tout parent mammifère a des comportements qui visent à câliner son bébé, à lui prodiguer de l'attention et des preuves d'amour au travers de longs contacts

I Revues générales

corporels et de réponses de protection très importantes à la moindre mise en danger provenant du monde extérieur. Bowlby identifie alors cinq manières universelles chez les bébés humains de démontrer leur attachement, comportements qui favorisent les liens réciproques entre l'enfant et son parent : s'accrocher, sucer, pleurer, suivre et sourire.

D'autres auteurs iront plus loin, comme Fonagy [4] qui affirme que la qualité des interactions précoces permet à l'être humain de développer au mieux ses capacités à interagir de la manière la plus positive pour lui afin d'entraîner une solidarité humaine, qui seule permet de s'adapter au mieux à l'environnement complexe auquel nous avons affaire.

Plus récemment, un certain nombre de neuroscientifiques ont pu montrer, grâce aux études réalisées en imagerie fonctionnelle, que les processus d'attachement pouvaient être rattachés à certains circuits cérébraux impliqués dans la régulation des émotions, dans les interactions sociales, dans les réponses aux récompenses, dans l'établissement d'une sécurité interne face à la séparation et dans la mise en place de comportements apaisants avec établissement d'une préférence relationnelle. Les circuits impliqués sont concentrés autour de l'hypothalamus, du système limbique et paralimbique, et de certaines zones du cortex. En fait, les informations provenant du bébé dans l'interaction stimulent, chez les parents, certaines régions du cerveau impliquées dans la mise en place du contrôle de leur réponse vis-à-vis du bébé. Ces régions sont impliquées dans la mise en place de l'empathie, en lien avec des processus attentionnels complexes et une régulation émotionnelle particulière. Tous ces circuits permettent une mise en musique cohérente et efficace des réponses parentales [5].

Par ailleurs, sur un plan hormonal, l'ocytocine semble sécrétée de manière particulière au cours des comportements d'attachement et d'amour envers

les enfants, alors que la vasopressine est libérée en cas de stress pour aider à adopter les réponses les plus adaptées possibles.

On peut aussi noter que la nature des *patterns* attachementaux semble, selon de nombreuses études, se transmettre de manière intergénérationnelle [6, 7]. Cette constatation ouvre tout un pan d'études épigénétiques (mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible, pendant les divisions cellulaires et adaptative l'expression des gènes sans en changer la nature ADN).

Caractéristiques de l'attachement

On distingue aujourd'hui classiquement 4 types d'attachements en référence à la notion de *caregiver*, qu'on préfère aujourd'hui souvent à celui de "figure d'attachement". Il s'agit de la personne qui, de façon durable, prend soin de l'enfant, écoute ses besoins physiques et psychiques et y répond de façon adaptée en s'engageant dans les interactions avec lui avec affection, que ce soit son parent (biologique ou adoptant) ou son référent si ce parent n'est plus présent (assistante maternelle, puéricultrice de crèche, enseignant, etc.).

Généralement, c'est **la mère** qui est la première figure privilégiée à laquelle l'enfant voue son attachement car c'est elle qui donne, de façon continue, le plus de soins diversifiés. Elle a noué avec son enfant une sorte de complicité corporelle quand elle l'a porté, ce qui permet des inter-relations basées sur un implicite déjà construit entre eux (signaux communs de stress et de sérénité engrangés durant la grossesse aboutissant, pour le bébé, à une certaine continuité sensorielle entre le monde intra-utérin et le monde extérieur).

En l'absence de sa mère, le bébé investit des figures alternatives (père, grands-parents, assistante maternelle,

puéricultrice, etc.) qu'il active en cas de souffrance, de danger ou d'insécurité. À noter qu'en cas de placement ou d'abandon, ce sont les éducateurs de foyer ou les adultes de la famille d'accueil qui sont investis secondairement, même si la qualité de l'attachement reste très marquée par celle des liens que l'enfant a établis durant sa première année (figures d'attachement primaires).

Les *patterns* désignant la figure d'attachement correspondent à **sa recherche**, pour s'en rapprocher physiquement de façon préférentielle, pour se sentir en sécurité, et à des **manifestations de protestation** quand on se sépare d'elle.

Les types d'attachement sont définis par les réactions de l'enfant à la *strange situation* [8] qui correspond à 5 séquences interactionnelles liées à la séparation du bébé et de son parent : le bébé est seul en présence de sa mère ; un adulte inconnu arrive et discute avec sa mère ; l'inconnu s'intéresse à l'enfant en présence de sa mère ; la mère sort et laisse l'enfant seul avec l'inconnu ; la mère revient et retrouve son bébé, l'inconnu s'en va.

1. L'attachement sécurisé

C'est le plus fréquent, il correspond à la normalité (plus de 60 % des enfants). En cas de séparation de son parent, l'enfant manifeste très clairement un stress et demande un rapprochement. Quand il le retrouve, il se rapproche physiquement de son parent en lui demandant de le rassurer. Plus tard, même si un attachement sécurisé ne garantit pas de façon absolue la santé psychique, l'enfant puis l'adulte reste généralement "confortable" dans sa vie sociale, résilient et capable de manifester de façon claire et adaptée ses émotions, quelle qu'en soit la nature. Il parvient à se faire comprendre des autres et développe des relations qui lui apportent soutien et affection.

Cette situation correspond à des réponses adaptées, empathiques et bienveillantes des parents aux besoins du

bébé, particulièrement à ses manifestations de détresse (réassurance, tendresse, consolation efficace), ce qui encourage l'enfant à développer une bonne qualité d'exploration du monde.

2. L'attachement insécure évitant

Il concerne environ 25 % des enfants qui donnent l'impression d'être très indépendants au moment de la séparation d'avec le parent : ils ne manifestent pas d'inquiétude, semblent tranquilles. Mais en fait, ils masquent derrière ce comportement un stress de la séparation qu'ils ne parviennent pas à exprimer clairement. Plus tard, ils ont tendance à s'enfermer dans un évitement des relations sociales, qui au fond les inquiètent par le risque de séparation qu'elles impliquent.

Ce type d'attachement renvoie à des parents souvent indisponibles émotionnellement, plus soucieux de leur confort que de celui de l'enfant, ce qui les rend rejetants.

3. L'attachement insécure ambivalent, résistant et l'attachement insécure désorganisé

Ils touchent à eux deux environ 15 % des enfants :

>>> L'attachement insécure ambivalent, résistant concerne des enfants qui manifestent lors des retrouvailles avec leur parent, après une séparation (qui peut se dérouler de différentes manières), une colère ou un comportement très ambivalent alors qu'ils sont en grande détresse et souhaitent être rassurés (fuir et revenir de suite, puis fuir de nouveau, etc. ; taper l'autre, lui tirer les cheveux tout en voulant se rapprocher corporellement de lui, etc.).

>>> L'attachement insécure désorganisé touche des enfants qui manifestent des comportements du même type, c'est-à-dire ambivalents, à la fois en cas de séparation et de retrouvaille,

mais aussi de stress ou même durant des interactions banales avec leur parent. Ils apparaissent contradictoires et donc très difficilement compréhensibles dans leur vie sociale.

Ce type d'attachement se développe lorsque les parents répondent avec retard ou de façon inadaptées aux demandes de l'enfant, particulièrement à ses signaux de détresse (indifférence, propos discrètement rabaissants ou agressifs, humour déplacé ou incompréhensible par l'enfant, etc.). Si les interactions et les soins sont imprévisibles dans leur qualité, voire mal prodigués (violence du geste, absence de tendresse et de plaisir à partager, etc.), et non synchrones aux demandes, l'attachement reste souvent ambivalent, résistant. S'ils sont véritablement perpétuellement décalés, confus, désadaptés et violents (par exemple par leur contradictions permanentes), l'attachement sera plutôt désorganisé. Les situations de maltraitance active ou de négligences graves peuvent aboutir à ce type d'attachement.

■ Quand intervenir ?

La construction du cerveau de l'enfant (neurogénèse, synaptogénèse et début de sélection synaptique), largement influencée par son lien au monde [9], est intense dans ses premières années de vie. Or, on sait que les troubles attachementaux représentent des facteurs de risque de développer des pathologies de différents types (somatiques, psychiques). C'est pourquoi il est particulièrement important de repérer le plus rapidement possible des troubles de l'attachement, et ce dès que les parents, mais aussi les tiers (grands-parents, crèche, assistante maternelle, école, etc.), se posent des questions.

Tout examen du bébé, puis du petit enfant, devra explorer la thématique attachementale par des questions et des mises en situation. Un soin particulier sera apporté à cette exploration dans les

situations de perte du *caregiver* (maladie, décès, séparation parentale, etc.).

>>> Entre la naissance et 3 mois, le bébé développe normalement des comportements d'appels à l'aide (comportements aversifs) que sont les cris et les pleurs, accompagnés de manifestations motrices quand il se sent en détresse. Ils ont pour but de rapprocher l'adulte sans distinction.

Il se manifeste aussi pour signaler sa présence et son besoin d'interaction agréable avec lui (comportement de signalisation) : il sourit, babille, ce qui séduit l'adulte, le fait se rapprocher, puis maintient la qualité de l'interaction en la prolongeant. Enfin, le bébé peut tenter d'activement accrocher ou attraper l'adulte (comportements actifs), comportement qui se développe de façon de plus en plus efficace avec son autonomie motrice. C'est la qualité de réponse de l'adulte qui détermine le développement rapide des deux derniers comportements et l'extinction rapide du premier, à son arrivée.

Si les interactions précoces sont de mauvaise qualité (insécurité, abandon, délaissement, inadéquation des réponses parentales, violence, négligence, etc.), cette première phase peut se prolonger. Le bébé (par exemple en cas d'examen médical) sollicite son parent par des cris de plus en plus difficiles à gérer pour lui (tableau de détresse) sans que le parent ne parvienne à le calmer : il reste tendu, voire en agitation motrice.

>>> Entre 3 et 6 mois, le bébé commence à bien différencier ses *caregivers* des personnes qu'il ne connaît pas ou moins bien. C'est généralement la mère qui parvient le mieux à calmer le bébé. Plus agile, le bébé cherche aussi à se rapprocher lui-même de ses *caregivers* qu'il regarde davantage, suis plus du regard quand ils se déplacent et à qui il sourit plus. C'est à cette période, quand les parents et les proches s'adaptent bien aux demandes du bébé, qu'on peut

I Revues générales

POINTS FORTS

- Le concept d'attachement permet de relier des faits cliniques et des éléments provenant de multiples théories de façon synergique.
- L'attachement correspond à l'absolue nécessité d'accroche dans le contact corporel entre le bébé et sa mère, qui lui amène sérénité et protection.
- L'attachement le plus approprié est sécure (la majorité des bébé) : il permet d'activer au mieux les capacités d'exploration, de régulation et d'expression émotionnelle, d'adaptation et de résilience, tout au long de la vie.
- Les troubles de l'attachement sont surtout liés aux attachements insécure ambivalent/résistant ou insécure désorganisé qu'il convient de repérer dans les premiers mois de vie (plasticité cérébrale maximale), en examinant systématiquement la qualité des interactions parents/bébé au cours de la consultation pédiatrique.
- Il faut que le pédiatre reste particulièrement vigilant en cas de perte de la figure d'attachement principale (décès, séparation, etc.), de maltraitance ou de négligence.

véritablement parler de renforcement réciproque aboutissant à l'investissement définitif des figures d'attachement [5], la mère restant généralement la première.

>>> Entre 6 mois et 3 ans, la figure primaire d'attachement est maintenant établie. Il la suit préférentiellement quand elle part, et va vers elle de façon aussi préférentielle quand il en a été séparé et qu'il la retrouve. L'enfant, peu à peu, en fonction de ses acquisitions psychomotrices, gère et ajuste de mois en mois la distance acceptable avec elle, ce qui lui permet d'explorer confortablement le monde en pouvant toujours se référer à sa base de sécurité par le regard (être seul en présence de sa mère [10]), l'écoute (son de la voix un peu à distance) ou le toucher (rechercher la proximité corporelle). Ainsi, un enfant qui ne se permet pas d'explorer progressivement (inhibition) n'a pas construit un attachement sécure et il convient d'explorer plus avant la qualité des interactions qu'il développe avec ses parents.

Vers 8 mois, l'enfant développe une angoisse de l'étranger : quand il rencontre une personne qu'il ne connaît pas, il cesse d'explorer, de jouer ou de parler et rejoint son *caregiver* au plus vite. Cependant, si l'inconnu est sympathique avec l'enfant, qu'il entretient des interactions adaptées et chaleureuses, rassuré par l'encouragement de sa figure d'attachement, il pourra commencer à interagir avec lui, même s'il reste en alerte *a minima*. Il peut ainsi construire des liens en dehors de ses figures proches, ce qui est essentiel pour qu'il s'inscrive confortablement dans les relations sociales.

Enfin, dans la même période, toute séparation d'avec la figure d'attachement déclenche des manifestations d'**angoisse de séparation** par le biais de **comportements aversifs** visant à la retrouver en s'agrippant à elle. Elle seule pourra, dans un premier temps, calmer l'enfant. Cependant, après la vérification répétée de sa disponibilité et de sa capacité à rassurer, l'enfant pourra investir d'autres adultes auxquels la figure d'attachement

semble avoir délégué son pouvoir en leur confiant, de façon claire et confiante, son enfant. Si ce type d'évolution n'existe pas, il faut encore une fois se poser la question des troubles attachementaux handicapants.

Peu à peu, l'enfant apprivoise le monde qui l'entoure grâce à la marche puis aux liens sociaux qui se développent et, à 3 ans par exemple, il n'a besoin d'une proximité physique avec sa figure d'attachement que lorsqu'il se sent véritablement en danger (conflits avec d'autres, attaques, terrain totalement inconnu, situations stressantes, etc.). Par contre, il garde encore un certain temps, et ce n'est pas le signe de troubles, le besoin que sa figure d'attachement reste disponible pour lui : il n'est pas rare qu'il ait de nouveau des comportements aversifs si elle reste trop longtemps à discuter avec des amis, sans s'intéresser à lui, ou cherche à travailler sur son ordinateur en sa présence en exigeant qu'il s'occupe seul ! Tout reste une question de temporalité : il faut que les parents puissent aider peu à peu l'enfant à accepter des moments d'indisponibilité explicitée et mesurée (d'abord brève puis possiblement plus prolongée).

Dans une consultation, il peut être très utile d'observer l'adaptation des parents aux besoins exprimés de l'enfant : sont-ils empathiques à sa détresse mais mesurés dans leur réponse ? Peuvent-ils le rassurer tout en lui donnant confiance dans les autres et dans le monde ? Par ailleurs, il est très important de bien explorer la sensibilité de l'enfant à la séparation d'avec son parent (types de réaction) et de questionner sur son comportement avec des inconnus (trop grande proximité ou au contraire perpétuelle panique).

Des séparations accompagnées et soutenues

Il est fondamental de prendre soin du lien parents/bébé-enfant lors des hospitalisations de ce dernier, et ce

Revue générale

particulièrement dans la première année de vie (réanimation néonatale, néonatalogie, pédiatrie, etc.), période sensible dans la mise en place des figures d'attachement, et en cas de pathologies entraînant des soins intrusifs (situation vécue comme dangereuse pour l'enfant). Ainsi, la possibilité d'accueillir les parents dans de bonnes conditions à l'hôpital ou en maison des parents reste essentielle pour que l'enfant, quel que soit son âge, se sente soutenu par eux, sans rupture angoissante.

Il en est de même lors de placements pour maltraitance ou négligence : même si l'attachement de l'enfant est insécure, il faut avoir en tête qu'il existe. Aussi faut-il préparer la séparation et mettre en place un système de référence d'adulte fiable et unique (ou deux personnes au plus), particulièrement chez les tout-petits, afin de ne pas aggraver la situation.

Il faut être aussi très vigilants en cas de décès précoce d'un parent, particulièrement de la mère (suite de couche, etc.), et proposer un suivi rapproché afin de dépister d'éventuels troubles attachementaux.

La qualité du comportement d'attachement influence l'adaptation et la résilience face à un traumatisme mais aussi la régulation physiologique de manière plus générale, et enfin le développement de logique impliquées dans la régulation des affects et de l'expression des émotions. Ces mécanismes jouent dès la naissance et modèlent le sujet tout au long de sa vie. Par ailleurs, l'attachement se produit même si le parent est maltraitant ou inadapté : il place alors l'enfant dans un risque de désorganisation majeure, de difficultés sociales et de sensibilité au stress, et ceci pour sa vie entière si on ne fait rien.

Il est donc extrêmement important que les troubles de l'attachement soient diagnostiqués le plus tôt possible, pour travailler avec l'enfant et ses parents au plus vite, afin de réorienter au mieux les interactions en période de plasticité cérébrale majeure. Pour le médecin, en cas de doute ou de certitude de troubles attachementaux (attachement insécure ambivalent, résistant ou insécure désorganisé, plus qu'insécure évitant), il convient de travailler avec la famille pour les amener à un suivi psychologique adéquat.

Conclusion

Ainsi, l'attachement permet aujourd'hui de relier des faits cliniques et des éléments théoriques qui jusque-là ne pouvaient l'être ou, même, étaient présentés comme contradictoires, alimentant des querelles théoriques stériles.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOWLBY J. *Attachement et perte. Vol 1. L'attachement*. Puf, le fil rouge, Paris, 1978.
2. HARLOW HF. The nature of love. *Am Psychol*, 1958;13:673-685.

3. HARLOW HF, HARLOW MK. Social deprivation in monkeys. *Sci Am*, 1962;5: 136-140.
4. FONAGY P, GERGELY G, TARGET M. The parent-infant dyad and the construction or the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry*, 2007;48:288-328.
5. GUEDENEY N, GUEDENEY A. *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*. Masson, Paris, coll. les âges de la vie, 2015, 3^e édition.
6. FONAGY P, STEEL H, STELLE M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev*, 1991;62:891-905.
7. FONAGY P, STEELE M, MORAN G *et al*. Measuring the ghost in nursery. An empirical study of relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *J Am Psychoanal Assoc*, 1993;41:957-989.
8. AINSWORTH MDS, BLEHAR MC, WATERS E *et al*. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press Classic Edition, 2015.
9. JOUSSELME C. Une pédopsychiatrie clinique : entre approche psychodynamique et neuroscientifique. *Réalités Pédiatriques*, 2019;231:42-46.
10. WINNICOTT DW. *L'enfant et sa famille*. Coll. "Petite Bibliothèque", Payot, 1984.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.