

Le Fœtus et le Bébé

Psychologie du Développement DU Musicothérapie - Nantes

Lauriane Pérez – Psychologue Clinicienne



SOMMAIRE



PARTIE I : LE FOETUS

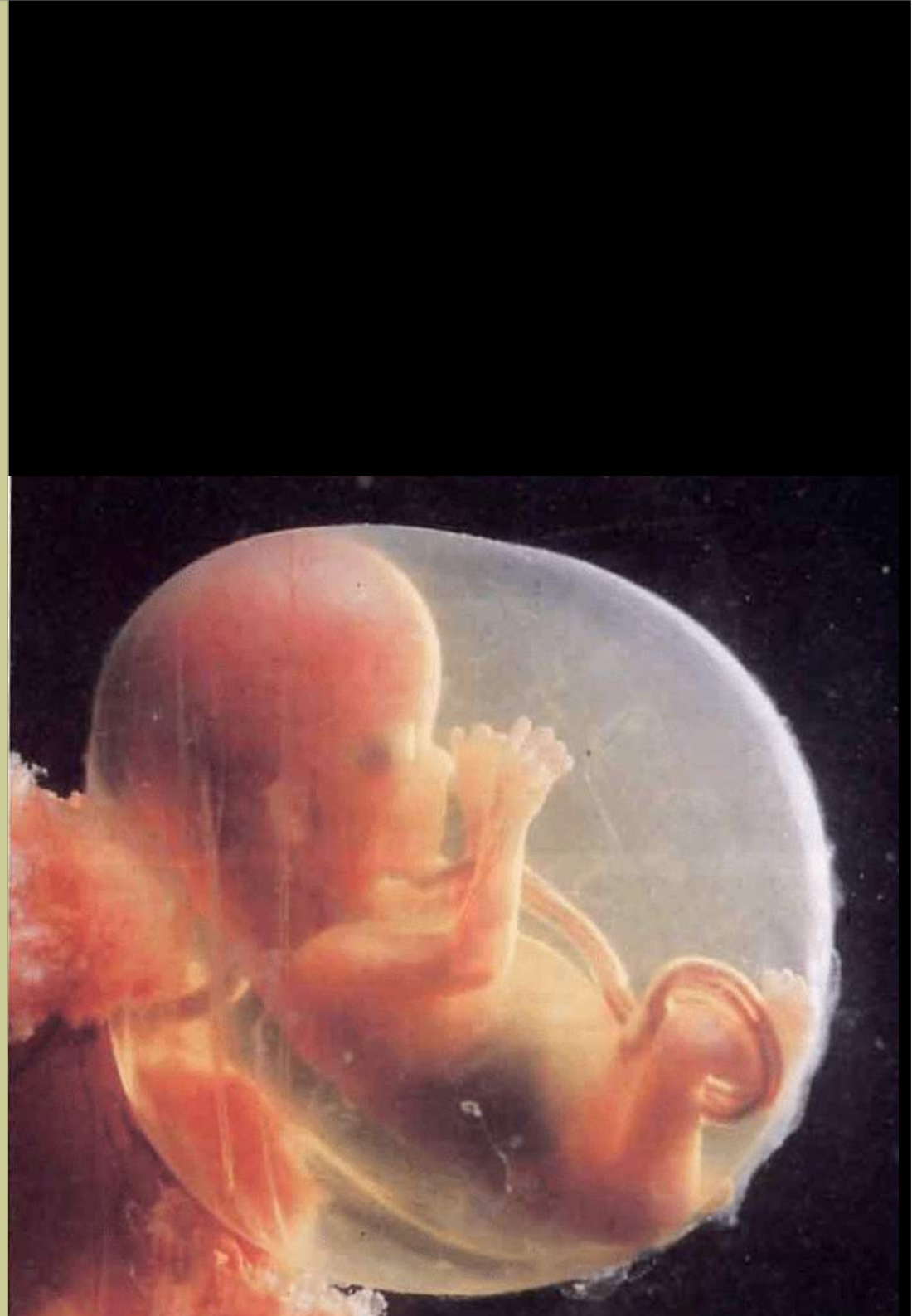
- I. Expérience Fœtale**
- II. Développement sensoriel et cognitif**
- III. Facteurs de risque pré-natals**
- IV. Compétences précoces du nouveau-né**

PARTIE II : LE BEBE

- I. Les théories de l'attachement**
- II. Le psychique archaïque**
- III. Les stades du développement du bébé**

PARTIE I

LE FŒTUS



I. EXPERIENCE FOETALE



1) Un milieu de vie unique

- ♦ **Création de son milieu par l'embryon lui-même:**
 - **Liquide amniotique** : sécrétions organiques et urine
 - **Placenta** inhibe le système immunitaire de la mère
 - **Placenta** crée la fusion mère-fœtus
- ♦ **Vécu d'homogénéité** : constance des sensations amoindries, expérience de complétude/plénitude (hors dépassement des seuils de protection)

2) Capacités sensorielles - *Voir ci-dessous*

3) Plasticité cérébrale

En appui sur l'expérience sensorielle active

Développement / Élimination de réseaux neuronaux

Capacité à se couper des sur-stimulations

II. DEVELOPPEMENT SENSORIEL ET COGNITIF



Les principaux événements prénatals

Période germinale	Période embryonnaire	Période fœtale
Semaine 1 Le zygote se déplace à l'intérieur de la trompe de Fallope. Semaine 2 Le blastocyste s'attache à la paroi utérine, et la différenciation cellulaire débute.	Semaine 3 Les vaisseaux sanguins apparaissent ainsi que la colonne vertébrale primitive (le tube neural, qui est à l'origine du cerveau). Semaine 4 Les yeux, la bouche et les bourgeons rudimentaires qui deviendront les membres apparaissent. Le cœur commence à battre. Semaine 5 Les oreilles et les mains commencent à se former. Semaine 6 Le cerveau se divise en trois parties et commence à avoir une activité électrique. Les gonades (testicules ou ovaires) se développent. Entre la 4^e et la 6^e semaine, les gonades se transforment en ovaires, sauf si le chromosome Y produit de la testostérone, qui transforme les gonades en testicules. Semaine 7 Les différentes parties du corps commencent à s'allonger. Le cortex se développe. Les paupières et les muscles apparaissent. L'embryon commence à bouger spontanément. Semaine 8 Les composantes faciales et les organes sexuels externes sont visibles. Le foie commence à fonctionner. Le cœur pompe le sang dans toutes les parties de l'organisme. Les connexions entre le cerveau et le reste du corps sont bien établies. Les systèmes digestif et excréteur fonctionnent. L'organogenèse est terminée.	Semaines 9 à 12 Les muscles, les paupières et les lèvres sont formés, ainsi que les orteils et les doigts. Les os remplacent les cartilages. Le fœtus mesure 7,5 cm et pèse 28 g. Semaines 12 à 15 Le fœtus entend la voix de sa mère et les bruits extérieurs. Les structures majeures du cerveau prennent forme. Les cellules gliales (soutien des neurones) se développent. Semaine 16 Les mouvements du fœtus deviennent perceptibles par la mère. Les os commencent à se développer. Les oreilles sont pratiquement formées. Semaines 17 à 20 Le cœur bat de 120 à 160 pulsations par minute. Le fœtus pèse 227 g et mesure de 20 cm à 30 cm. Semaines 21 à 24 Les yeux sont complètement formés ainsi que les cheveux, les ongles, les glandes sudoripares et les papilles gustatives. Certains enfants nés prématurément entre la 22^e et la 24^e semaine vivent parfois, mais les chances de survie sont faibles, et les risques de problèmes, très élevés. Le fœtus pèse 907 g et mesure entre 28 cm et 35 cm. Semaines 25 à 28 Les organes internes sont formés et fonctionnels. L'âge de la viabilité du fœtus est atteint. Le fœtus reconnaît la voix de sa mère. Il réagit aux sons et aux vibrations en modifiant son rythme cardiaque, en tournant sa tête et en bougeant son corps. Semaines 28 à 30 Les systèmes nerveux, cardiovasculaire et respiratoire sont suffisamment développés pour assurer la survie, bien que le bébé soit encore minuscule et que son système nerveux n'en soit qu'aux premiers balbutiements du développement dendritique. Semaines 30 à 33 Le fœtus mesure de 40 cm à 45 cm et pèse de 1 500 g à 2 300 g ; il gagne environ 200 g par semaine, et les dépôts de graisse augmentent. Vers la 32^e ou 33^e semaine, le fœtus peut distinguer les stimulus familiers des stimulus nouveaux. Semaines 34 à 38 Le fœtus reçoit des anticorps de la mère. Il pèse de 2 700 g à 3 500 g et mesure de 50 à 53 cm.

II. DEVELOPPEMENT SENSORIEL ET COGNITIF



1) Sensibilité cutanée

- ♦ **Précoce (9 semaines) : sensibilité à la pression et au toucher (haptonomie)**
- ♦ **Permanente et activée par l'activité motrice**
- ♦ **Sensibilité à la douleur (doute sur l'agréable/désagréable vs bébé)**

2) Odorat et goût

- ♦ **Environs 3 mois de gestation : apparition de déglutition (préférence sucré)**
- ♦ **Influence de la consommation maternelle sur les préférences gustatives à la naissance**
- ♦ **Peu de possibilités de stimulation intra-utérine**
- ♦ **Présence de préférences olfactives chez les prématurés**

II. DEVELOPPEMENT SENSORIEL ET COGNITIF



3) Audition

- ♦ 3 à 4 mois de gestation
- ♦ Bruits de fond constant (corps maternel et bruits environnants)
- ♦ Perçoit en particulier la voix maternelle (par vibration interne), les sons graves, la musique et les voix humaines à forte intensité
- ♦ Système labyrinthique (équilibre) entre 7e et 14e semaine de gestation. Responsable de l'accouchement ?

4) Vision

- ♦ 6mois de gestation
- ♦ Peu de stimulations visuelle intra-utérine
- ♦ Développement visuel très rapide dès la naissance

II. DEVELOPPEMENT SENSORIEL ET COGNITIF



5) La mémoire

- ♦ Phénomène d'habituation et discrimination de nouveaux stimulus
- ♦ Apprentissage sensoriel qui perdure à la naissance (voix de la mère)
- ♦ Visée adaptative (support de l'attachement)

6) Activité motrice

- ♦ Précoce, constante, primordiale pour le développement
- ♦ Contractions musculaires réflexes —► activité complexe/volontaire
- ♦ Activation du système neuromusculaire
- ♦ Fin de gestation : peu de place pour se mouvoir, inhibition motrice, incapacité motrice à la naissance

III. FACTEURS DE RISQUE PRÉ-NATALS



Influences bio-psycho-sociales du développement dès la vie fœtale

1) Principaux facteurs de risque fœtaux connus

- ♦ **Substances tératogènes absorbées** : tabac, alcool, cocaïne, héroïne marijuana, vitamine A et de nombreux médicaments
 - complication du développement fœtal, grossesse à risque
 - ♦ **Substances tératogènes environnementales** : mercure, plomb, arsenic, cadmium, gaz anesthésiants, solvants...
 - ♦ **Âge des parents** : + 35 ans → risque de trisomie 21, fausse couche
 - ♦ **Alimentation maternelle** : carences, alimentation peu variée, faible en acide folique / protéines → carences / malformations fœtales
 - ♦ **État émotionnel maternel** : stress++ / dépression → poids insuffisant
- Vécu émotionnel partagé (hormones et rythme cardiaque)
Mémorisation d'association stimulus-peur qui perdure à la naissance

IV. COMPETENCES PRECOCES DU NOUVEAU-NÉ



1) L'accouchement

- ♦ Changement brutal de milieu | constant/comblant —> sur-stimulant/frustrant
- ♦ Développement de capacités d'autonomie (respiratoire, fécale...)
- ♦ Transition à accompagner
- ♦ Importance de créer un climat sécurisant :
 - Favoriser le toucher
 - Création des premiers liens parents-bébé
 - Sécurité par le connu (voix, odeur de la mère, caresses)
 - Adoucir les stimulations sensorielles

IV. COMPETENCES PRECOCES DU NOUVEAU-NÉ



2) Compétences sensorielles et physiques

En continuité avec la vie vie foétale

- ♦ **Audition** : capacité d'isolement, orientation vers la source sonore, sursaute au sons intenses et brusques, appétence pour voix humaine, reconnaissance de la langue maternelle(?)
- ♦ **Vision** : recherche de stimulation, capacité à se détourner. Vision nette à 20cm, accommodation à 4 mois. Appétence pour les formes complexes et colorées.
- ♦ **Olfaction** : Reconnaissance olfactive mutuelle mère-bébé au 3e jour
Apprentissage rapide via la charge émotionnelle de la rencontre(?)
Support de l'attachement (chez les mammifères) (?)

IV. COMPETENCES PRECOCES DU NOUVEAU-NÉ



- ♦ **Goût** : discrimination des saveurs, préférence pour saveurs sucrées et connues, expression du dégoût/appétence mise en sens par le parent
- ♦ **Tonus** : gestuelle réflexe (certains disparaissent et d'autres persistent), capacité d'accordage musculaire ("dialogue tonique")

3) Capacités cognitives et comportementales

- ♦ **Coordination sensorielle** : transfert des informations sensorielles (perception multimodale)
- ♦ **Coordination sensorimotrice** : posture défensive anticipatoire, imitation précoce (tirer la langue qui disparaît à 2 mois)
- ♦ **Capacités cognitives** : habituation/discrimination de la nouveauté, mémoire

BIBLIOGRAPHIE



- Delassus, JM. (2011) Penser la naissance.
- Feldman, RS. (2011) Development across the lifespan. 6e édition.
- Lecuyer, R. & al. (2004) Le développement du nourrisson.

PARTIE II

LE BEBE



I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT

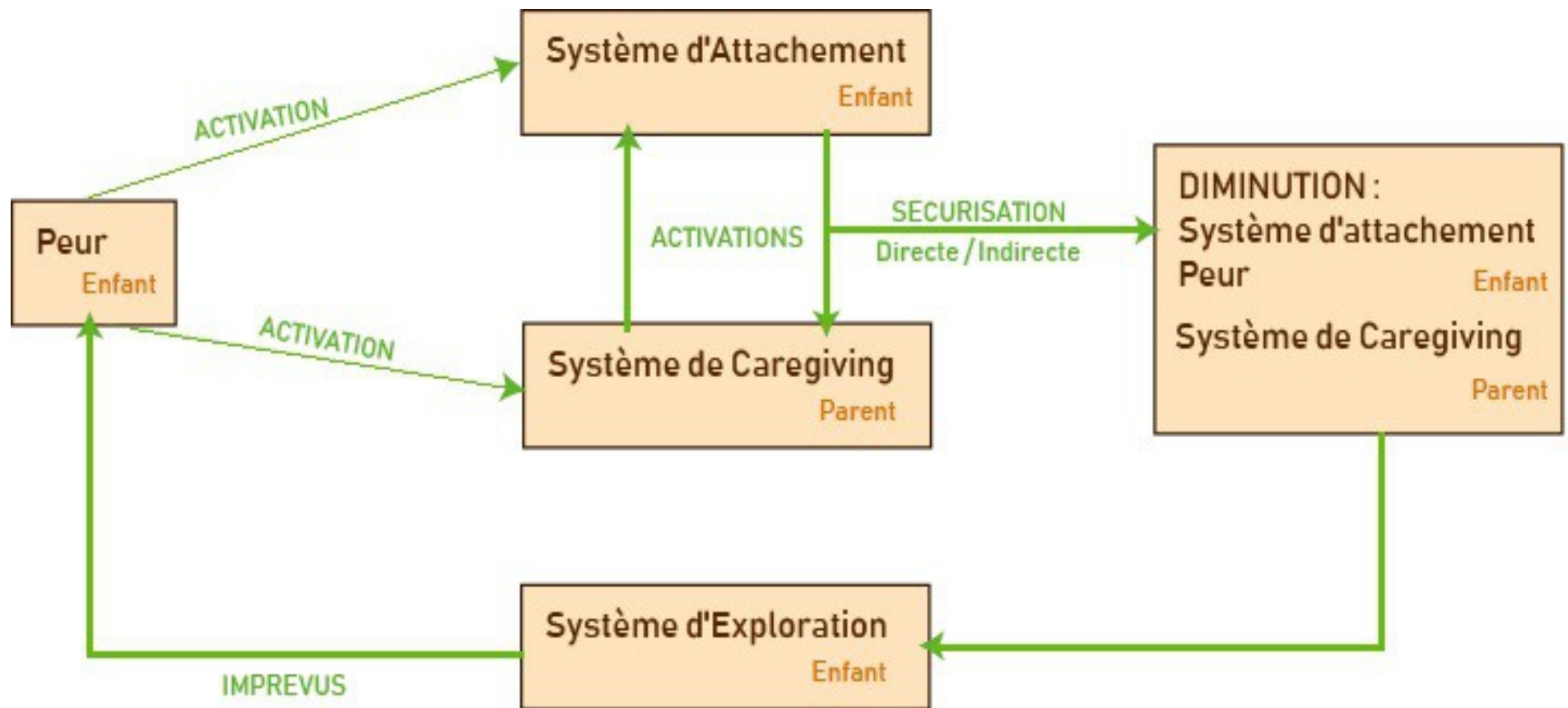


1) Le concept d'attachement (Bowlby, 1969)

Notion née de concepts préalables :

- ♦ **L'empreinte / Lorenz** (mécanisme inné de collage social)
- ♦ **Besoin de sécurité sociale / Harlow** (qui prévaut sur le nourrissage dans le lien affectif)
- ♦ **Hospitalisme / Spitz** (dépression grave du nourrisson privé de lien affectif pouvant entraîner la mort)
- ♦ **Attachement / Bowlby** :
 - Recherche active d'une figure sécurisante
 - Comportements Aversifs (cris, pleurs), Actifs (agrippement), de Signalisation (vocalisations, sourires)

I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT



I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT



2) Les profils d'attachement (Ainsworth)

- ♦ **Secure (50%)** : sécurité de base, équilibre contact/exploration
- ♦ **Insecure Anxieux (20%)** :
 - Anxiété en cas de frustration
 - Sur-activation du système d'attachement
 - Séparation insupportable / Retrouvailles non apaisantes
 - Parents : peu ajustés, alternance intrusion/indisponibilité
- ♦ **Insecure Évitant (25%)** :
 - Désactivation du système d'attachement
 - Sur-activation du système d'exploration
 - Parents : alternance intrusion/rejet, colère non verbale

I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT



2) Les profils d'attachement (Ainsworth)

- ♦ **Désorganisé (5%) :**
 - **Inconsistance comportementale, Confusion**
 - **Peur du parent**
 - **Parent : sentiment d'impuissance parentale forte**

**Les attachements Secure et Insecure sont dits "organisés" car adaptatifs
(stratégie de survie physique et/ou psychologique)**

I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT



2) Le développement de l'attachement

- ♦ **Phase 1 | Signaux sans discrimination de figure (0 à 2 mois)**
 - Conception omnipotente de soi
 - Comportements sociaux attirants le contact
 - Pré-attachement (certaines figures activement plus sécurisantes)
laissant des traces mnésiques (MIO purs / Pictogrammes)
- ♦ **Phase 2 | Signaux avec discrimination de figure (2 à 7 mois)**
 - Différenciation dedans-dehors progressive
 - Recherche intentionnelle du maintien de contact
 - Figures privilégiées
 - Construction de MIO

I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT



2) Le développement de l'attachement

- ♦ **Phase 3 | Maintien de proximité (7 mois à 4 ans)**
 - Locomotion le rend actif
 - Représentations symboliques et Permanence de l'objet
 - Anticipation / Utilisation MIO / Sécurisé à distance
 - Langage et jeux symboliques (expérimentation active)
- ♦ **Phase 4 | Implication du Partenaire (4 ans et +)**
 - Théorie de l'esprit → Empathie
 - Prise en compte de l'autre (sa vision, ses besoins)
 - Stratégie d'influence du comportement parental

I. LES THEORIES DE L'ATTACHEMENT



3) Les Modèles Internes Opérants (MIO)

- ♦ Intériorisation des relations affectives
- ♦ Catégorisation des types de relation → Anticipation → Modèle de réaction
- ♦ **Contenus des MIO :**
 - Souvenirs affectifs des premières relations (base du transfert)
 - Croyances, attentes
 - Réflexions sur les interactions
 - But de l'attachement
 - Stratégies de régulation des besoins sociaux et affectifs
- ♦ Premiers MIO à la base des relations affectives ultérieures (par comparaison), à la base du transfert

II. LE PSYCHIQUE ARCHAÏQUE



1) La dépendance absolue

- ♦ De 0 à 5 mois, le bébé est dans un état de dépendance absolue
- ♦ **Préoccupation Maternelle Primaire :**
 - État schizoïde de repli sur le bébé (sans tiers)
 - Fusion mère-enfant évitant la frustration
 - Visage maternel = miroir du bébé comme support du Moi en construction
- ♦ **La mère devient "suffisamment bonne"**
 - Sortie progressive de la dépendance absolue
 - Expérimentation de la frustration (≠ carence)
 - Apparition du fantasme et de la pensée

II. LE PSYCHIQUE ARCHAÏQUE



- ♦ 3 principales fonctions du donneur de soins en vue d'une intégration de la personnalité du bébé (Winnicott) :
 - **Holding** (maintien) : façon d'être porté → sécurité de base, unification du Moi
 - **Handling** (maniement) : façon d'être manipulé → intégration de la contenance, différence dedans-dehors
 - **Object Presenting** (présentation de l'objet) → rapport aux autres
- ♦ L'appareil à penser les pensées (Bion) :
 - Appareil psychique des parents comme support de pensée
 - Transformation des éléments β (bruts, incompréhensibles) en éléments α (représentables) via la verbalisation
 - Introjection d'une bonne nourriture psychique et d'une structuration de base pour son propre appareil psychique

II. LE PSYCHIQUE ARCHAÏQUE



2) Les phases du développement archaïque (Klein)

- **Position schizo-paranoïde (0 à 6 mois) :**
 - **État fusionnel bébé/environnement**
 - **Expression pulsionnelle et émotionnelle brute (éléments β)**
 - **Identification projective** : Clivage bon/mauvais, Projection du mauvais à l'extérieur, Introjection du bon à l'intérieur, sentiment de persécution, attaque du mauvais objet
- ♦ **Position dépressive (7 à 12 mois) :**
 - **Prise en compte de la réalité et des limites du corps**
 - **Diminution du clivage, unification des objets (bon et mauvais)**
 - **Réparation** : Culpabilité d'avoir agressé le bon objet, Désir de le réparer, Tendresse

III. LES STADE DU DEVELOPPEMENT DU BEBE



1) Développement cognitif (Piaget)

- ♦ **Stade sensori-moteur (0 à 2 ans) : Compréhension de l'environnement grâce à l'exploration motrice et sensorielle**
 - Premiers temps : mouvements réflexes
 - 1-2 mois : 1ères réactions circulaires
 - 3-9 mois : imitations systématiques de sons ou de mouvements connus
 - 10-11 mois : imitations de nouveaux modèles
 - 12-17 mois : expérimentation active, imitation différée
 - 18/24 mois : imitation représentative, permanence de l'objet

III. LES STADE DU DEVELOPPEMENT DU BEBE



1) Développement de la personnalité (Wallon)

- ♦ **Stade Impulsif – Émotionnel (0 à 1 an) :**
 - **Stade impulsif (0 à 3 mois) :**
 - Symbiose physiologique avec la mère
 - "Désordre gestuel" et impulsivité motrice
 - **Stade émotionnel (3 mois à 1 an) :**
 - "Symbiose affective" pour le développement de la conscience puis un narcissisme indifférencié
 - Réactions émotionnelles privilégiées

III. LES STADE DU DEVELOPPEMENT DU BEBE



1) Développement psycho-affectif (Freud)

- ♦ **Stade Oral (0 à 1 an) :**
 - **Plaisir** : succion
 - **Zone érogène** : bouche et système digestif, peau
 - **Objet du plaisir** : le "sein"
 - **But de la pulsion** : auto-érotisme, incorporation de l'objet, fusion
 - **Tâche majeure** : le sevrage

 - **Fixations adultes** : comportement oral (boulimie, anorexie), addictions, relations fusionnelles, investissement des organes respiratoires/de la parole/de la perception...

III. LES STADE DU DEVELOPPEMENT DU BEBE



1) Développement psychosocial (Erikson)

- ♦ **Stade Confiance vs Méfiance (0 à 1 an) :**
 - **Objectif** : développement de la confiance en l'environnement (satisfaction des besoins primaires), en appui sur l'attachement
 - **Force contraire** : méfiance en cas de carences ; infiabilité des autres
 - **Équilibre des forces** : possibilité de l' ESPOIR d'un environnement sécurisant duquel l'individu peut se séparer sereinement / capacité de rester à distance d'un environnement néfaste

BIBLIOGRAPHIE



- Ainsworth, M., et al. (1978) Patterns of attachment.
- Aulagnier, P. (1975). La violence de l'interprétation.
- Bion, W. (1962) Aux sources de l'expérience.
- Bowlby, J. (2002) Attachement et perte.
- Klein, M. (1957) Envie et gratitude.
- Roskam, I. et al. (2015) Psychologie de la parentalité : Modèles théoriques et concepts fondamentaux.
- Segal, H. (1969) Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein.
- Winnicott, DW. (1958) De la pédiatrie à la psychanalyse.
- Winnicott, DW. (1992). Le bébé et sa mère.