

UNIVERSITE DE YAOUNDÉ 1

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES
SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH FOR HUMAN
AND SOCIAL SCIENCES

**CONTEXTE DE RÉTENTION HOSPITALIERE ET
INTERACTIONS PRÉCOCES MÈRE-ENFANT. CAS DE QUATRE
DYADES RENCONTRÉES À L'HÔPITAL GYNÉCO
OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDE-NGOUSSO.**

*Mémoire présenté et soumis en vue de l'Obtention du Diplôme de Master en
Psychologie de l'Enfant et du Développement*

Par

JEAN-JACQUES AZIZA ANTOINE HONGNYO

Sous la direction du

DR. JULIENNE LAURINE ONDOUA

Chargée de Cours



JUILLET 2023

SOMMAIRE

DEDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
RESUME.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTE DES ABREVIATIONS.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	3
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	4
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET INSERTION THÉORIQUE.....	13
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE	50
CHAPITRE III : MÉTHODE DE L'ÉTUDE.....	51
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION,ET VERIFICATION DES HYPOTHESES	62
CHAPITRE 5 : VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	61
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION.....	66
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	62
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES.....	I
TABLE DES MATIÈRES.....	112



A

Mes camarades de première année psycho : Indang Christine Rosalie et Ngo Ntjam Angéline, de regrettées mémoire.



DEDICACE

A

Mes enfants : Ryanne Cr scence Aziza Hongnyo,
Jack Dave Aziza Hongnyo,
Evelyne Reine Aziza Hongnyo.

REMERCIEMENTS

Nous remercions :

Le Dr. Julienne Laurine Ondoua qui a accepté de guider nos premiers pas dans la recherche.

Le professeur MVESSOMBA Adrien pour ses conseils,

M. Jean-Anatole Nguédon pour sa sollicitude constante,

Les autorités académiques du Département de Psychologie, ainsi que tous les Enseignants qui animent cette filière.

Nos camarades de promotion : Minka Mezama Pierre, Mme minka Irène, Mme Donfack Jeanne.

Yolande Agathe GWET, mon épouse.

Sidonie Valerie DOMCHE.

Tous ceux qui de près ou de loin m'ont apporté leur soutien sans failles.

RESUME

La recherche menée s'intitule « contexte de rétention hospitalière et interactions précoces mère-enfant. Cas de quatre dyades observées à l'hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé- Ngouso ».

Nous sommes partis de nos observations selon lesquelles, après l'accouchement, certaines jeunes filles mères nouvellement accouchées, étaient retenues à l'hôpital pour, n'avoir pas payé leurs factures. Dans cette situation, la mère n'arrive pas à satisfaire naturellement aux besoins multiformes du nouveau-né. L'enjeu de la satisfaction de ces besoins est énorme au niveau du développement de l'enfant. Dans une situation normale, la mère et le nouveau-né interagissent de façon synchronisée or, en situation de rétention hospitalière, cette dynamique interactionnelle n'est pas satisfaite. Nous nous sommes posés la question de savoir quelle peut être l'incidence de cette rétention hospitalière sur la dynamique interactionnelle entre le nouveau-né et sa mère ? Comme réponse prédictive, à cette question, de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : « Les interactions entre le nouveau-né et sa mère dépendent du contexte dans lequel la dyade se trouve ». Après une pré-enquête, nous avons formulé deux hypothèses qui sont les suivantes :

HR1 : les comportements et les schèmes de personnalité de l'enfant sont façonnés par l'environnement dans lequel, il évolue. Ce qui entraîne une différence significative dans les interactions précoces entre les dyades en rétention hospitalière et celles en liberté

HR2 : l'environnement physique et social influe le processus d'interaction précoces dans la relation mère nouveau-né. Les interactions s'améliorent une fois sortie de l'hôpital.

Pour expliciter les faits, nous avons utilisé le contextualisme qui a pour hypothèse de base, qu'il existe un processus d'interaction entre la mère et l'enfant en tant qu'organisme psychobiologique et son environnement. De ce principe de base, nous nous sommes appuyés sur la théorie dialectique de Riegel (1972,1975,1976,1979,) selon laquelle, les événements qui surviennent dans la vie de l'enfant et contribuent à son développement seraient perçus à la lumière de quatre facteurs : la dimension biologique intérieur, psychologique individuelles, sociologique culturelle et physique extérieure. En dehors de Riegel, la théorie historico-culturelle de (Valsiner, 1987) nous a permis de mieux éclairer nos hypothèses. (Valsiner, 1987) estime que l'enfant et ceux qui prennent soins de lui sont engagés dans des processus de négociations constantes qui font intervenir différentes limites dans leurs relations réciproques et aussi dans leurs rapports d'avec l'environnement Comme paradigme de référence, nous nous sommes intéressés au visage impassible de (Cohn & Tronick, 1983).

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé tout d'abord l'analyse descriptive puis, l'analyse inférentielle en nous appuyant sur l'échelle de Likert. L'analyse des données s'est faite à l'aide du test t de student. À la suite de l'analyse, il ressort que toutes nos deux hypothèses ont été confirmées. En effet, pour les dyades nous avons des moyennes d'interaction est de 2,09 pour celles en captivité observées à l'hôpital et 2,88 pour celles en

liberté observées à l'hôpital. Par ailleurs, nous avons un écart-type de 0,23 pour les dyades en captivité observées à l'hôpital et 0,34 pour les dyades libres à l'hôpital. Nous avons une moyenne de différence de 0,11 et $\alpha = 000$ donc notre première hypothèse est vérifiée.

Pour la deuxième hypothèse la moyenne des interactions à l'intérieur du même groupe c'est-à-dire les dyades en captivité à l'hôpital observées est de 2,09. Tandis que la moyenne de ce même groupe augmente une fois sortie de l'hôpital, la moyenne est de 2,91. La moyenne des différences est de 0,82 pour un écart-type de 0,12. $\alpha = 000$ donc inférieur à 0,5 donc la seconde hypothèse est également vérifiée.

Suite à ces résultats, nous avons conclu que, le contexte de captivité a une influence néfaste sur la dynamique interactionnelle.

Mots clés : contexte de captivité, interaction précoce, maternage, dyade, théorie contextuelle

ABSTRACT

Our study is entitled « context and earlier interaction. The case of four dyads observed at Yaounde-Ngoussou pediatric and obstetrical Gynecologist hospital"

We have begun our study by doing a some youngs mothers are retrained hostage in that hospital because, they have not paid their bill. In that situation of captivity, as researcher question, we ask: What is the impact of the captivity on interactional dynamic? Because of that situation, the mother cannot fulfill her duty as a mother to vis à vis of his children. The stake of the satisfaction of the need of the children is very important at the level of the children development. In this case the answers we have given as hypothesis is that: interaction between the new born children and his mother depend of the context. After that hypothesis, we have formulated specifics hypotheses:

HR1: Concerning interaction, there is significant difference between the child that are in captivity with their mother compared to the children that their mother are free.

HR2: once out of hospital and out context of captivity interactions between the child and their mother improve progressively.

Our principal theory used is the attachment theory of (Bowlby, 1958). Therefore, that theory only is insufficient, to explain, the global way of interaction between the children and his mother it is for why, we called upon the contextual theory. The paradigm in our study is the “still pace” paradigm of (Tronick, 1978).

Our method used is participant observation. In order to test our hypotheses, we have used grill observation and descriptive and inferential statistic. We have analyzed our results with Likert scale

According to our results we can say that all our hypotheses were confirmed. This, for they study dyads, the mean of interaction is lower than eye dyads 2, 09 against 2,88 for the dyads that are free.

At the end of our investigation, we can conclude that, the context of captivity has a negative impact on the interactional dynamic. Nevertheless our study can be achieved by other researches in developmental psychology, developmental social psychology.

Key words: captivity context, earlier interaction, dyad, maternage, theory of attachment.



LISTE DES ABREVIATIONS

H.G. O. P.Y. : Hôpital Général Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

P. M. P. : Préoccupation Maternelle Primaire.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synoptique du sujet

Tableau 2 : Analyse descriptive de la première hypothèse

Tableau 3 : Analyse descriptive de la deuxième hypothèse

Tableau 4 : Vérification de la première hypothèse

Tableau 5 : Vérification de la deuxième hypothèse

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Chaque enfant vient au monde avec des compétences, son originalité et ses limites (Montagner, 1988), (Slater, 1998), (Stern, 1989). Le climat dans lequel il naît peut favoriser ou entraver sa progression vers un épanouissement complet. Aussi, même si chaque parent est un éducateur, c'est dans la société que ce modèle et se moule l'enfant. Cette dernière ne doit pas ignorer les facteurs et les étapes qui concourent à son développement ainsi que les problèmes que pose son encadrement. Cependant, on ne prépare pas les parents à leur difficile rôle de parents et même, le personnel infirmier ressent toujours le besoin d'être mieux formé parce c'est lui qui fait accoucher les mères et doivent être sensibilisé sur l'importance des interactions précoces entre la mère et le nouveau-né. Selon (Batinder, 2009) l'instinct maternel n'est pas inné, mais un construit. Autrement dit, ce sont les conditions environnementales qui permettent à la mère de répondre de façon adéquate aux besoins de l'enfant. Ainsi nous nous sommes proposés de faire une étude sur la relation mère-enfant. Chaque société quelle que soit ses convictions, sa conception de la vie, de l'éducation, désire avoir des enfants d'aujourd'hui, des adultes de demain en harmonie avec eux-mêmes et leur environnement.

La démarche scientifique a pour but de décrire et d'expliquer le réel afin de mieux le maîtriser ou le cerner. En effet, si l'on assigne à la démarche scientifique des buts de descriptions et d'explications, c'est au mieux prédire et agir sur le réel, (Gréco, 1976), (Matalon, 1988), la réflexion que nous mènerons dans le cadre de ce travail a pour but de comprendre les interactions entre un nouveau-né et sa mère en situation de rétention hospitalière.

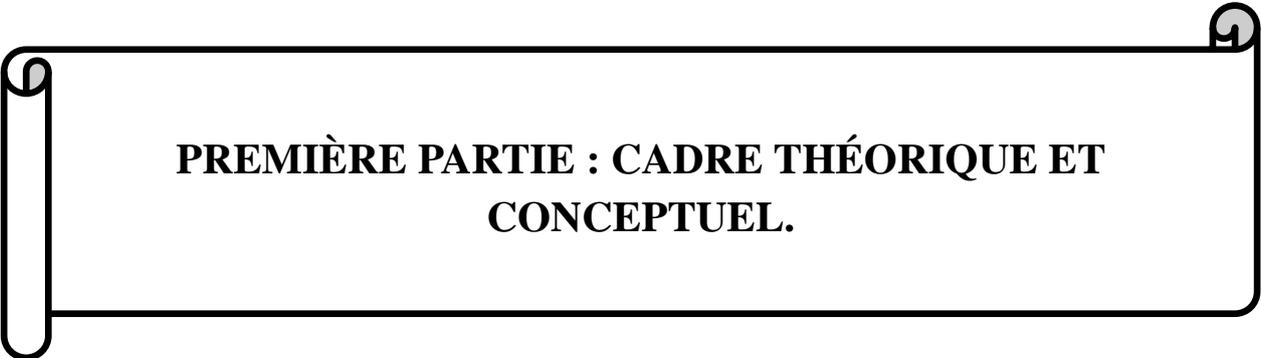
L'accouchement dans notre environnement africain en général et camerounais en particulier est confronté à des situations à déterminations multiples, où la relation du binôme mère-enfant est liée à des contraintes physiques, temporelles et institutionnelles rigides. En effet, de nos jours le patient à l'hôpital est devenu un client. Il doit tout payer avant d'être pris en charge. Avec le contexte de paupérisation, d'extrême précarité, de conjoncture économique très rude, il est difficile pour beaucoup de clientes ou client de pouvoir satisfaire à toutes les exigences. Les premiers mois de la vie de l'enfant sont considérés comme une période capitale, fragile, sensible d'où la notion de « moments critiques de développement » qui doit s'accompagner par l'acquisition des compétences chez l'enfant résultant, à la fois du travail

permanent et constant du nouveau-né que celui de la mère. C'est la raison pour laquelle (Lebovici, 1994) parle de bi-directionnalité dans l'interaction et du développement mutuel entre le nouveau-né et sa mère. Les bébés réagissent très tôt aux expressions du visage de leurs parents (Keating, 1994), le sourire de l'un répondant au sourire de l'autre. La dimension interactive et affective est donc un élément du développement de l'être humain. C'est ce qui justifie notre intérêt à étudier les échanges, la relation mère-enfant, les interactions mère-enfant dans un contexte sont toujours soumis aux impondérables. Les compétences du nouveau-né paraissent dépendre du sujet lui-même, mais aussi des éléments extérieurs comme la manière dont l'enfant est traité, bercé, protégé... Les interactions entre les sujets nouveaux-nés, et les sujets mères sont donc au centre de notre étude. Le débat sur la théorie des interactions précoces par ricochet des compétences innées, restent à montrer que les contextes jouent un rôle et ont surtout un poids dans l'explication développementale globale de chaque enfant. Notre étude pose donc le problème de l'affectivité communicationnelle dans la construction mutuelle entre un nouveau-né et sa mère en captivité. Cette étude sur le contexte et interaction se fait donc nécessairement en référence à des cadres ou modèles théoriques qui fournissent à la fois des instruments d'analyse et des connaissances théoriques liées aux interactions. Expliquer les interactions dans un contexte spécifique mais aussi des compétences permettent une certaine flexibilité et adaptabilité des conduites par rapport au contexte général des interactions. Par conséquent analyser les interactions conduit à envisager une variété d'approches. Il s'agit alors de privilégier peut-être de façon volontariste, une approche multi référentielle. Bien entendu, ceci suppose que les principes essentiels et hypothèses fondamentaux qui les fondent soient compatibles. La théorie de l'attachement nous semble être le cadre explicatif. Notre démarche ne prétend cependant pas épurer la réalité de l'objet d'étude. Il s'agit plutôt de travailler sur la possible articulation des savoirs pour rendre compte d'un réel.

À la lumière des présupposés méthodologique, notre étude est structurée autour de deux principales parties à savoir :

- La première partie sera intitulée : cadre théorique et conceptuel, elle comprend deux chapitres. Le chapitre I est consacré à la problématique de l'étude, tandis que le chapitre II traite des préoccupations liées aux approches théoriques.
- Quant à la deuxième partie intitulée cadre méthodologique, elle comporte également deux chapitres :
- Le chapitre III parle des questions liées à la méthodologie de l'étude et le chapitre IV s'intéresse à la présentation des résultats, à la vérification des hypothèses et à l'interprétation

des résultats suivi d'une discussion. Telle est l'organisation générale de notre réflexion.



**PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET
CONCEPTUEL.**

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

1.1. Les préoccupations historiques sur le nouveau-né

La présente étude est menée dans un contexte social et scientifique bien particulier lequel justifie à suffisance le choix de notre thème. En effet, dans nos institutions hospitalières l'on décrit la prise en charge des patients. Par ailleurs selon Cameroun Tribune du vendredi 03 février 2017 P. 39 « les statistiques obtenus à la clinique des adolescents à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé entre janvier 2015 et juin 2016 donne froid au dos. La proportion des accouchements chez les jeunes filles donc l'âge se situe entre 13 et 19 ans indique que 308 sur 3869 jeunes filles accueillies dans cette formation hospitalière sont enceintes, soit 7,96%. Sur les 308 grossesses en question, 175 sont compliquées, soit un taux de 56,82% exposées aux hémorragies à la mort fœtale in utéro, déchirure du périnée et mort-nés... ».

En ce qui concerne le contexte de l'étude, nous pouvons dire que, deux courants se sont donnés l'ambition de rendre compte des interactions entre la mère et son bébé. Il s'agit : du courant attachementiste et le courant interactionniste. Cependant il convient de rappeler que le courant interactionniste est un courant qui dépend de la psychologie clinique. Néanmoins les questions scientifiques où certains de leurs problèmes étant transversaux, aussi dans le cadre de l'évolution de la science, en matière des interactions mère-enfant et celui de la conception ou l'évolution des représentations sur l'enfant, il n'est pas superfétatoire de faire appel à des connaissances autres que celles, qui appartiennent au champ théorique de l'attachement et qui serviraient à mieux rendre intelligible notre étude. Toutefois il s'agit de décrire avec les lentilles de la psychologie du développement et de l'adolescent, les interactions mère-enfant en situation de captivité. Par conséquent, loin d'être un inconvénient, pour la psychologie du développement, ces connaissances sont, au contraire, une aide pour mieux connaître, progressivement, les mécanismes développementaux qui produisent les différentes interactions selon les circonstances environnementales ou les contraintes de départ de ces interactions. (Lehalle & Mellier 2005).

(Ghiglione & Richard 1997) pensent que, « la baisse de la mortalité infantile et le contrôle des naissances ont participé à la modification des conceptions, explicites ou

implicites, de ce qu'est un bébé, et de ce qui constitue son développement » (p.283). Toutefois, il est nécessaire pour nous de savoir comment ces conceptions sur le bébé ont évolué.

Au moyen-âge, le bébé ressemble à un animal dont il faut corriger la nature pour qu'il accède à l'humanité. Son corps, par ce qu'il est mou, il faut toujours l'enserrer étroitement dans le linge. Au moyen-âge comme au XVIIe siècle, pour (Abécassis, 2004), à cette période très peu des mères sont préoccupées par leur bébé. Certaines parce qu'elles doivent travailler, d'autres pour ne pas se fatiguer ou abimer leur poitrine. Le bébé est alors aux yeux de certaines mamans une chose ennuyeuse qui les prive de leur liberté et les empêchent de remplir leur obligation mondaine. Les bébés mourraient à 80 ou 90% dès la première semaine de leur arrivée à l'hôpital, faute de soins. Donc le bébé ne comptait guère.

Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que les choses commencent à changer. Veiller à la survie du bébé devient un impératif affectif, moral et économique. À la suite de *l'Émile* de (Rousseau, 1762), le bébé n'est plus considéré comme un être à redresser mais comme l'innocent dont il faut respecter la spontanéité et les besoins.

Au XIXe siècle, le bébé est devenu le centre d'intérêts de la famille. Le règne de « l'enfant roi » commence. La mère devient ainsi la grande responsable de la santé psychique de son enfant grâce aux progrès de la science mais aussi grâce aux mesures prises par L'État pour protéger les bébés, source de richesse incontestables pour la Nation. L'enfant commence à avoir alors une place privilégiée, (Abécassis, 2004).

Vers la fin du XIXe siècle, l'image du bébé se modifie considérablement. À partir de 1860, on assiste dans toutes les couches de la société au développement des crèches.

Grâce à ces idées nouvelles mais aussi grâce à la science, l'hygiène des tout petits, la mort du bébé est alors ressentie comme un drame, une perte irréparable.

Depuis la seconde guerre mondiale et surtout depuis les années 1979, les progrès en médecine ont accentué l'importance de celui-ci. Le bébé est devenu une personne à part entière que l'on respecte bien avant la naissance. Ses parents peuvent le voir grâce à l'échographie et jouer avec lui. Les parents se familiarisent avec son aspect, son identité sexuelle. On lui parle, lui fait écouter de la musique in utero. Le bébé passe de statut de petite chose fragile à celui de personnage considérable en interaction permanente avec son milieu.

En Afrique, les représentations sur l'enfant ont toujours été positives. Le bébé a toujours été considéré comme la perpétuation de la lignée familiale, comme une valeur qu'il faut protéger, surveiller, entretenir, même mystiquement pour éviter que, les sorciers ou les ennemis ne le détruisent ou ne lui jettent un sort. C'est pourquoi la grossesse est faite

d'interdits et de précautions diverses ayant pour but de protéger l'enfant à venir, de toutes sortes de dangers. L'accouchement est frappé du sceau d'un plus grand secret. Après l'accouchement, la mère et l'enfant sont consignés dans la case pendant une durée de près d'un mois. La sortie de l'enfant sera l'objet d'un rite particulier.

Les idées sur le bébé ou son arrivée au monde ne sont pas exhaustives en Afrique. Mais il s'agissait de montrer que l'idée ou les représentations sur le bébé ont positivement évolué dans l'espace et le temps au point où, les scientifiques en ont fait un objet de recherche à part entière.

De ce qui précède, nous pouvons dire que les études sur les interactions mère-bébé sont tributaires de l'évolution des pensées et des représentations sur le bébé. C'est pourquoi des chercheurs tels que Brazelton (1973, 1975, 1981, 1982, 1992) et Montagner (1988, 1993, 1996), vont démontrer que, le bébé n'est pas une motte de terre ou d'argile qui à la convenance de sa mère, la poteresse lui fait subir une forme quelconque. Par conséquent, le bébé n'est plus une « *tabula rasa* » mais un être compétent qui interagit activement avec son environnement.

Notre étude s'inscrit contextuellement dans la variabilité « intra-individuelle » car, selon (Lehalle & Mellier 2005) « *les enfants ne fonctionnent pas toujours de la même manière dans les situations analogues...* », (p. 23). C'est pourquoi, nous pensons qu'une meilleure connaissance de la relation d'attachement mère-enfant suivant les contextes différents est un atout pour les chercheurs, les professionnels concernés par les questions de la dyade parent-enfant devient, une priorité. Un approfondissement des concepts rattachés à l'amélioration de cette relation guidera les chercheurs, les professionnels soucieux d'observer les interactions parent-enfant, afin de mieux les évaluer, les observer, les décrire, les analyser.

Selon (Mace & Pétry 2010), l'importance ou la pertinence politique et sociale d'un problème sert à justifier le choix d'un sujet. Après un cours en master 1 portant sur les interactions sociales du nourrisson suivi des exposés, il nous a été demandé d'étudier, « les interactions au regard des cultures et pratiques africaines du maternage ». Selon le Dictionnaire fondamental de la Psychologie (2002, p. 745), materner veut dire « protéger, entourer de soins souvent avec excès

. Par ailleurs (Marty, 2007) observe que, l'hôpital est devenu une cité dans la cité. Une entreprise gigantesque fermée sur elle-même dans un espace urbain qui la contient en silence. Derrière les hauts murs se nouent et dénouent les destins de chacun : la naissance, la mort, la guérison aussi.

La réalité au Cameroun, nous observons que, de plus en plus certaines jeunes mères avortent et celles qui décident d'accoucher, sont confrontées aux difficultés financières. Aussi, certaines sont abandonnées par leurs familles. Pourtant, selon (Lescure, 1987) la dyade ne se réduit pas uniquement au binôme mère-nouveau mais elle s'étend au système familial. Toute chose qui contribue au développement de l'enfant e à son bien-être. Aussi, le service de néonatalogie capitaliserait en connaissance liées à la psychologie du développement pour mieux assistées les jeunes mères lors de leur accouchement.

1.2. Position du problème.

L'étude de (Hinde et al. 1964), sur les singes rhésus en captivité montre qu'au cours des premiers mois de la vie, plus précisément dans les premières semaines, les petits singes rhésus sont continuellement en contact ventro-ventral avec leur mère par les mains, les pieds, la bouche. Rompre le contact et le reprendre est de l'initiative de l'enfant et en partie de la mère. Pour (Hinde et al. 1964), la situation de captivité n'entraîne pas de discontinuité dans l'évolution de la dynamique interactive.

(Winnicott, 1995) dans ses travaux montre qu'au début, le nouveau-né est dans une dépendance absolue vis-à-vis de l'entourage. La mère répond aux besoins de l'enfant par la préoccupation maternelle primaire (P.M.P). En effet selon ce chercheur, au cours de cette période, la mère est littéralement en résonance avec les besoins de l'enfant. Elle éprouve une « *irrépressible nécessité* » de les satisfaire. D'où la notion de « mère suffisamment bonne ». Ceci pour désigner, une mère qui répond correctement aux besoins de son bébé.

C'est dans cette mouvance qu'un bébé à sa naissance selon (Zazzo, 1974) le bien-être qu'il reçoit, de sa mère le « *pousse à s'atteler plus étroitement au corps maternel et sa mère étant toujours soucieuse de son petit : la satisfaction est ainsi renforcée* », Zazzo (p. 24).

En dehors de la satisfaction alimentaire, (Bowlby, 1958) souligne que : « ... *les systèmes comportementaux se développent chez l'enfant comme conséquence de son interaction. Son environnement d'adapté évolutionniste et spécialement de son interaction avec la figure principale de cet environnement : sa mère. La nourriture et le fait de manger, ne joue qu'un rôle mineur* » (p. 248). Par conséquent, l'attachement, la proximité, avec la mère deviennent un but assigné dans la dyade, car l'immaturation de l'enfant humain à la naissance et la lenteur de son développement dans les premières semaines de la vie sont, dépendantes des soins de la mère. En d'autres termes, les soins dont bénéficie l'enfant de la part de sa mère sont vitaux pour sa survie et son développement.

En ce qui concerne le développement de l'enfant africain, (Tsala Tsala, 1997), fait

savoir que : « *parler de l'enfant africain une gageure dans la mesure où, il y a des Afriques* » (p.66). Autrement dit, la façon d'accueillir un enfant et sa mère dans une institution hospitalière varie d'un milieu à un autre. Chaque milieu a ses réalités. Aussi bien qu'il y'ait une opposition entre tradition et modernité en Afrique, il reste que certains éléments du développement de l'enfant sont constants ici ou ailleurs. C'est le cas des interactions. Si hier en Afrique on avait des femmes accoucheuses en ville comme en campagne, de nos jours la plupart des femmes donnent naissance dans les hôpitaux. Cela n'est pas sans conséquences surtout lorsqu'on vit dans la précarité. Malgré cette situation, le nouveau-né doit bénéficier des soins de qualité de la part de la mère. C'est sûrement pourquoi pour (Tsala Tsala, 1997) « *la dépendance radicale dans laquelle se trouve le nouveau-né, exige de la mère une attention soutenue. L'enfant attend tout de la mère qui doit lui assurer le bien-être à tous points de vue Car, c'est la raison d'être de la maternité en ce qui concerne la femme. Par ailleurs, la présence de la mère est si régulière que l'enfant n'a presque pas l'occasion de faire l'expérience de la solitude. Parce que la mère se plie volontiers à toutes les exigences, à tous les caprices de son nourrisson* », (p. 167).

Cependant, au Cameroun certaines nouvellement accouchées en situation de précarité extrême et n'ayant pas payé les factures d'hôpital y sont retenues. Ce constat est réel et observable par tous. Cette situation de « privation de liberté » pourrait influencer la relation mère-enfant. De notre observation lors de notre stage académique effectué à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Ngousso de Yaoundé, nous avons notés que ces femmes nouvellement accouchées occupaient une salle réservée aux insolubles. Dans cette salle que nous appelons salle (A), l'atmosphère était tendue. Il y'avait du chahut qui cachait mal les pleurs incessants des bébés. Par contre, dans la salle (B) l'atmosphère était calme. Les bébés pleuraient moins et étaient régulièrement assistées par leur mère. Ces bébés bénéficiaient constamment de la chaleur maternelle, contrairement aux bébés de la salle (A).

Pour une femme, donner naissance est non seulement un événement important mais, il représente également tant pour le bébé que pour la mère, des véritables moments de construction mutuelle aussi bien sur le plan physique, social que psychologique. Selon Pierre (Humbert, 2003), la relation mère-enfant est la continuation de la relation foetale. Or en se référant aux auteurs cités plus haut, nous avons vu quel rôle la mère joue dans les premiers instants de la vie, la chaleur qu'elle apporte à son enfant. Si les mères que nous décrivons par défaut comme étant captives, bien que la captivité soit la privation de la liberté, ces mères de la salle (A) présenteraient les mêmes caractéristiques de la captivité que les singes rhésus de (Hinde et al.1964). Cette quasi captivité du fait de leur rétention hospitalière pour non-

paiement des frais, nous amène légitimement à nous poser la question de savoir quelle est l'incidence environnementale dans la dynamique interactionnelle ? Quels sont les comportements observables et observés dans les premières semaines, dans les premiers instants, dans les premiers mois de la vie d'un nouveau-né et sa mère en captivité ? Comment les compétences se développeraient et se transfèreraient dans un contexte de captivité ? Quelle est la qualité des interactions entre un nouveau-né et sa mère ayant perdu « sa liberté » ? Le problème que la présente étude veut résoudre est celui de la régularité et l'affectivité communicationnelle, dans les échanges multiformes entre la mère et son bébé dans un objectif de construction mutuelle, du maintien de la communication plurimodale c'est-à-dire physique, affective, émotionnelle, cognitive, en situation de captivité ? Après la position du problème de notre étude, il nous revient à présent de définir ses objectifs.

1.3. Questions de recherche.

QUESTION PRINCIPALE : Quelle incidence le contexte de rétention hospitalière peut-il avoir dans la dynamique interactionnelle d'une dyade ? Autrement dit, le fait qu'une mère soit retenue dans une institution hospitalière comme « prisonnière » ou non n'influence-t-il pas sa relation avec son enfant ? Cette question principale a suscité deux questions secondaires.

QUESTION DE RECHERCHE 1 : la fréquence dans la satisfaction des besoins du nouveau-né est-il une conséquence du contexte de rétention hospitalière sur les interactions ?

QUESTION DE RECHERCHE 2 : dans un contexte de rétention hospitalière comment la mère répond-elle aux sollicitations du nouveau-né ?

. Hypothèses de recherches

HYPOTHÈSE PRINCIPALE : Les interactions entre un nouveau-né et sa mère dépendent du contexte de rétention hospitalière dans lequel la dyade se trouve. De cette hypothèse générale découlent des hypothèses de recherche suivantes :

HR1 : les comportements et les schèmes de personnalité de l'enfant sont façonnés par l'environnement dans lequel, il évolue. Ce qui entraîne une différence significative dans les interactions précoces entre les dyades en rétention hospitalière et celles en liberté

HR2 : l'environnement physique et social influe le processus d'interaction précoces dans la relation mère nouveau-né. Les interactions s'améliorent une fois sortie de l'hôpital.

1.4. Objectifs de l'étude.

En ce qui concerne notre étude nous avons mis en relief quatre objectifs :

- Observées la dynamique interactionnelle précoces dans un contexte de rétention hospitalière entre la mère et le nouveau-né.
- Montrer l'incidence du contexte de rétention hospitalière dans la satisfaction des besoins du nouveau-né.
- Suggérer la présence d'un psychologue du développement dans les services de néonatalogie
- Augmenter les heures de tétés pour permettre aux nouveau-nés de bénéficier de la chaleur maternelle de façon régulière

1.5. Intérêts et pertinence de l'étude

Par rapport à la pertinence, les interactions et les liens mère-enfant font partie du comportement d'attachement aussi bien dans le monde animal qu'humain. En effet, (Bowlby, 1958) parlant du comportement d'attachement chez les singes rhésus, montre que (Hinde, et al., 1964), (Hinde & Spencer-Booth, 1967) ont donné un compte rendu très détaillé de l'interaction enfant-mère au cours des premiers mois de la vie dans les petits groupes d'animaux en captivité. Cette étude montre qu'au cours de la première ou de la deuxième semaine de la vie, le petit est continuellement en contact ventro-ventral avec sa mère par les mains, les pieds, et la bouche. Et la nuit, il est tenu par elle. Rompre le contact et reprendre est l'initiative de la mère et en partie de l'enfant. Donc pour Hinde et coll. La situation de captivité n'entraîne pas la discontinuité dans l'évolution de la dynamique interactive. C'est-à-dire, il n'y'a pas de rupture dans la dynamique évolutive.

En ce qui concerne les intérêts, nous avons mis en exergue quatre points focaux sur le plan : scientifique, méthodologique, social, personnel.

- **Sur le plan scientifique** : Contribuer modestement à l'extension à l'échelle humaine des connaissances sur les interactions mère-enfant en situation de captivité et savoir si on pourrait généraliser nos observations sur les femmes prisonnières ou les réfugiées.
- **Sur le plan méthodologique** : Les études faites jusqu'ici sur les dyades seraient faites soit à l'hôpital, soit à la maison. Le milieu hospitalier joue un rôle déterminant dans le développement de l'individu. C'est pourquoi notre étude intègre à la fois l'espace hospitalier et l'espace familial.
- **Sur le plan social et pratique** : Insister sur la pédagogie de l'importance des premiers instants de vie pour l'enfant et sa mère dans les institutions hospitalières. De telle sorte que les nouveau-nés, bénéficient de la chaleur maternelle, de la proximité avec leur mère quel que soit la situation ou les contextes afin qu'ils ne soient pas privés des

soins.

- **Sur le plan personnel** : faire nos premiers pas dans la recherche. Défi qui, nous le souhaitons nous amènera à faire d'autres pas, encore d'autres pas.

1.6. Délimitation de l'étude

(Lehalle & Mellier 2005), parlant des interactions sociales et affectives du nourrisson, en s'appuyant sur les travaux de (Muir, 2005), montrent que les observations chez les nourrissons autorisent à distinguer quatre périodes d'âges :

- Le nouveau-né,
- Le bébé de 4 à 8 semaines,
- Le bébé de 3 à 6 mois,
- La période ouverte à partir de 6 mois.

En ce qui concerne notre étude, nous l'avons limitée sur la tranche des bébés de 0 à 3 mois. Parce que c'est la période qui couvrirait notre étude, de l'accouchement, à la sortie de l'hôpital

- **Sur le plan spatio-temporel** l'étude s'étend de Juin à Août 2012, et elle s'est déroulée à l'hôpital Gynéco- Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, situé dans l'arrondissement de Yaoundé 3^e, Département du Mfoundi, Région du Centre.
- **Sur le plan scientifique** : notre recherche se situe dans le champ de la psychologie de l'enfant et du développement. Les interactions précoces sont un domaine de recherche que traite de la Psychologie du développement. Pour Lehalle et Mellier (2005, p. 28), on : « distingue des domaines de développement indépendants : le développement opératoire, moral (comment les adolescents se situent au niveau des normes sociales et morales), le développement psychomoteur, identitaire, de la mémoire, de l'investissement libidinal, les interactions sociales. Étant donné que les interactions précoces englobent les interactions sociales, nous avons logiquement pour des raisons pratiques délimité notre étude sur les interactions précoces.
- **Sur le plan théorique**, notre travail s'appuie sur trois théories dont la principale est la théorie du contextualisme dont celle de (Riegel, 1979) sur la dialectique sur et de (Valsiner, 1989) sur la théorie historico-culturelle et comme modèle celui du visage impassible de (Tronick, 1978). Pour. (Montagner, 1988), l'approche éthologique est l'observation des comportements et des interactions de l'enfant dans ses milieux habituels avec pour principe, entre autres, la recherche des corrélations et chaque fois cela est possible dans la relation causale entre les comportements de l'enfant et ceux

de la mère ou d'autres personnes. .

- **Sur le plan méthodologique**, nous avons utilisé la méthode de l'observation directe dans une approche éthologique. Parce que selon (Ghiglione & Richard,1998), « *si dans bien de domaines, l'approche expérimentale des phénomènes psychologiques a fait ses preuves, son utilisation chez le bébé est quelque peu problématique* » (p. 283). Dès lors, il peut sembler que la seule méthode d'étude des très jeunes enfants soit l'observation de leurs comportements spontanés sans intervention d'aucune sorte de la part de l'expérimentateur. Toutefois selon ces chercheurs, il n'y'a pas de limite étanche entre l'observation et l'expérimentation.

1.7. Type de recherche

Notre étude est une recherche comparative car, pour (Lehalle & Mellier, 2005), « *la psychologie du développement est essentiellement une psychologie comparative : comparaisons selon l'âge, comparaison selon les circonstances et les contraintes de l'évolution* » (p.6). D'après (Fortin, 1996) : « *une étude est comparative si la même information est recueillie auprès d'un échantillon constitué de deux groupes de sujets au plus* » (p. 168). Notre recherche se caractérise par l'observation de deux groupes au cours de laquelle nous relevons à la fois les ressemblances et les différences.

Notre stratégie est non expérimentale. Pour (Gauthier, 1986) : « *la stratégie non expérimentale est caractérisée par le fait que le chercheur n'a aucun contrôle sur la variable indépendante* » (p. 143). Autrement dit, nous ne manipulons aucune variable. Par conséquent, une étude comparative est utilisée quand le chercheur ne peut manipuler la variable indépendante. Tous les sujets sont dans la même situation et ne subissent aucune influence de l'expérimentateur ou du chercheur. Ainsi pour ce qui est de notre étude, nous nous donnons l'ambition d'expliquer le mécanisme des interactions entre le bébé et sa mère en situation de captivité. Qu'en est-il du contexte de rétention hospitalière ?

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1. Définition et Clarification des concepts

2.1.1. Contexte de rétention hospitalière

Le contexte est l'ensemble des éléments qui entourent un évènement. Selon (Giroux & Tremblay, 2000), : « *le contexte est l'environnement physique et social dans lequel survient un phénomène* » (p. 168). Et le contexte dans le cadre de notre étude est l'institution hospitalière et la maison. Le contexte peut aussi désigner l'ensemble des pratiques et les comportements dans une institution hospitalière ou dans une société. Bien entendu, les contextes diffèrent d'une société à une autre, d'une institution à l'autre.

(Crittenden, 2008), pense que le contexte dans lequel évolue la dyade parent-enfant est déterminant de la qualité de cet attachement. Un enfant difficile, un contexte socio-économique défavorable, la monoparentalité, le jeune âge, le manque de connaissances reliées aux besoins de l'enfant et ce développement ainsi que l'absence d'un réseau de support social sont autant des facteurs qui influencent la relation d'attachement entre la mère et l'enfant. D'autant plus que la relation mère-enfant est le prototype des relations que vivra le jeune enfant à la maternelle, à l'école, avec son entourage immédiat, dans la société.

Le contexte de rétention hospitalière renvoie aux mères qui, n'ayant pas payés leurs factures d'hôpital sont retenues dans ces institutions de santé. Elles sont ainsi tenues prisonnières. Ces mères sont en état de jusqu'à ce qu'elles honorent leurs factures. Durant cette privation de liberté, ces dernières sont, coupées de leur milieu psychoaffectif habituel, affaiblis par une alimentation très insuffisante, humiliés par la défaite soumis aux vexations, à la peur, aux travaux obligatoires, c'est-à-dire à tout un ensemble de conditions particulièrement éprouvantes.

Chez les animaux aussi, la captivité a des effets néfastes. Cela est surtout visible lorsque des bêtes sauvages sont transplantées dans un jardin zoologique et confinées dans des petites cages. Ces animaux peuvent finir par paraître « apprivoisés », en ce sens que qu'ils ne cherchent plus à fuir l'homme tant que celui-ci reste hors de la cage.

Si les animaux en captivité dans le cadre des études éthologiques, vivent dans un milieu quasi naturel, tel n'est pas le cas des mères retenues dans certaines institutions hospitalières du Cameroun après accouchement. Ces dernières étant des êtres de raison, pourraient réagir différemment des animaux. Si dans le (*Dictionnaire Larousse, 2010*), la captivité est un état de prisonnier, une privation de liberté. Dans le cadre de notre étude les mères en rétention hospitalière ici, sur le plan du droit ne sont pas formellement prisonnières. Pour des raisons pratiques liées à notre étude, nous allons considérer ces mères insolubles comme en « captivité » dans la mesure leur situation n'est pas si éloignée des animaux en captivité. Toutes ces mères sont retenues dans un local réservé aux insolubles de l'hôpital. Elles ne peuvent sortir de l'hôpital tant qu'elles n'ont pas soldées leurs factures. Leurs mouvements d'aller et de venir se limite aux périmètres à elles réservés. C'est dans cette situation que les mères en rétention hospitalière doivent contribuer au développement de leurs enfants à travers les interactions, les liens, les échanges divers avec leurs bébés. Donc la « captivité » ici renvoie, à la rétention hospitalière de toutes ces mères qui, sont dans les hôpitaux pour n'avoir pas pu payer leurs factures à la fin à la fin de leur séjour.

2.1.2. Interactions précoces

Les interactions précoces sont Composées de deux notions, interaction et précoce pour des raisons opératoires, nous définirons d'abord le terme interaction puis celui de précoce.

Pour certains dictionnaires tels que le (*dictionnaire fondamental de la Psychologie, 2000*), le terme interaction est invariablement utilisé à la place d'interaction sociale. Selon ce dictionnaire, « l'interaction » ou « l'interaction sociale » est un terme qui a été créé par Rabaud pour indiquer que, deux organismes à proximité l'un de l'autre ne peuvent pas ne pas s'influencer. Dans le domaine de l'éthologie, l'interaction signifie ensemble des influences réciproques qui résultent de l'activité des divers membres du groupe social.

Sur le plan social, l'interaction renvoi à la relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle, le comportement de ces individus est soumis à une influence réciproque. Chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre. Ce sens renvoi à l'influence sociale.

Pour le (*dictionnaire de la psychologie, 2009*) sous la direction de Doron et Parot, la notion d'interaction est une notion qui désigne des phénomènes de synergie d'action pouvant se situer à des niveaux de fonctionnement divers. Il concerne d'une part les actions conjointes réalisées par les membres d'un groupe poursuivant un même but. Il concerne d'autre part les mécanismes de réciprocités qui s'établissent dans le déroulement de certains processus

psychiques.

En ce qui concerne l'interaction sociale, (le dictionnaire de psychologie, 2009) définit ce terme comme étant un processus interpersonnel par lequel des individus en contact modifient temporairement leur comportement les uns vis à vis des autres par une stimulation réciproque continue. L'interaction sociale est le mode comportemental fondamental dans un groupe. Dans cette interaction, le langage constitue à la fois le reflet et le principal instrument. Cependant, si le terme interaction garde une signification générale nous pouvons néanmoins discerner des formes d'interactions différentes par l'importance de leurs conséquences, leur degré de spécificité et leur mécanisme. Par conséquent, la définition de l'interaction dépend des domaines scientifiques spécifiques, des champs d'applications particuliers de la psychologie. En méthodologie expérimentale l'interaction se définit par le fait que, la relation entre une certaine variable indépendante et une variable dépendante est modifiée en fonction du niveau pris par une autre variable dépendante.

Pour (Brazelton, 1982) l'interaction est un système à deux termes qui réagissent l'un sur l'autre impliquant la mentalité, le sens, la globalité, un aspect dynamique, un aspect fantasmatique.

Les interactions se définissent comme l'agencement du comportement du nourrisson avec celui de la mère. Ces interactions sont directement observables

La notion de précoce, quant à elle, ne renvoie pas à la précocité. C'est-à-dire à l'avance dans le développement d'un individu présentant des traits de comportements qui émergent dans la population d'appartenance à un âge supérieur à son âge chronologique. Mais parler d'interactions précoces dans le cadre de notre recherche, renvoie à l'ensemble des conduites, des comportements, des actes que l'on observe dès les premiers jours de la vie post-natale entre l'enfant, sa mère et l'environnement humain. C'est dans ce cadre que se déroulent les relations, les échanges précoces qui sont des phénomènes essentiellement dynamiques et bidirectionnels dans le temps et dans un espace entre le nouveau-né et sa mère.

2.3. Revue de la littérature

Comment certains chercheurs ont étudié, la question des interactions précoces, les premiers instants de la vie, ou les premiers échanges entre la mère et l'enfant ?

S'il y'a une question qui connaît une floraison des travaux scientifiques, c'est bien celui des interactions. En effet, depuis deux décennies, la littérature scientifique en la matière est abondante. Les chercheurs n'ont pas du tout été avares en travaux, articles ou ouvrages.

Toutefois, nous nous contenterons des ouvrages et documents que, nous avons pu consulter.

Si nous empruntons la machine à remonter le temps, en se référant sur les ouvrages auxquels nous avons pu accéder, nous dirons que, parler des interactions nous amènera nécessairement à évoquer, les compétences de l'enfant et de la mère...Fort de ce fait, nous observons que, le terme interaction précoce est d'utilisation récente comme objet d'étude dans la connaissance de l'enfant. Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux interactions précoces. Sans être exhaustifs, nous citerons des chercheurs tels que :

(Spitz, 1948) a travaillé sur le rôle précoce des déprivations et milieu riche. Les travaux concernant, les performances d'animaux élevés dans des milieux plus ou moins riches plus ou moins stimulants, les effets des privations sensorielles spécifiques et des stress précoces chez l'animal, il démontre que les privations découlent de la misère et influencent la relation mère-enfant.

(Janneke et al. 2012), dans un article sur les effets des variables situationnelles sur les interactions mère-enfant, ont montré que, la relation précoce mère-enfant est capitale pour le développement émotionnel de l'enfant. Ces chercheurs remarquent que, plusieurs études se sont intéressées sur le comportement intégratif entre mère-enfant ou entre enfant -parent. Mais très peu d'études ont analysé l'importance des variables situationnelles dans l'interaction mère-enfant. Les résultats de cette étude montrent qu'en situation face à face sur le plan émotionnel, les interactions sont plus actives et positives qu'en situation de jeu libre. Cette étude a été faite sur 292 dyades suivies dans leur domicile. Pour ces chercheurs du département de psychologie du développement de l'université d'Iburg en Hollande, il faut tenir compte des variables situationnelles pour mieux évaluer la profondeur des interactions mère-enfant. Ces variables situationnelles influencent la qualité des interactions entre la mère et son bébé.

(Cerezo & Salvador, 2008), dans un article sur *l'interaction mère-enfant et le développement socio-émotionnel des enfants*, ils observent que dans les interactions, il existe deux types de mère : les mères à risque élevé et celles à risque faible. L'attachement entre la mère et son bébé est tributaire du fait que la mère ait un comportement à risque élevé ou faible. Les résultats de cette étude faite sur 40 dyades dont 20 sont composées des mères à risque élevé et 20 à risque faible, montrent que, les mères aux comportements à risque élevé, infligeaient des sévices à leurs enfants pendant qu'elles leur apportaient les soins et elles étaient moins sensibles aux besoins de leur bébé. À l'inverse, les mères aux comportements à risque faible interagissaient mieux avec leur enfant.

De (Weerth & Vangert 2001), ont étudié, le changement des éléments comportementaux des enfants dans une interaction avec leur mère, en insistant sur les

variables intra-individuelles et interindividuelles. Ils ont observé les dyades chaque semaine pendant 15 mois. Ils se sont attardés sur les cris, les pleurs, les sourires et les différents types de contacts physiques des bébés avec leur mère.

Dans « attachement parent –enfant » (Fontaine, 1994), montre que l'attachement parent-enfant est un lien entre deux personnes. Il se caractérise par l'orientation d'un ou plusieurs comportements d'attachement de l'enfant ou le partenaire adulte et ce, afin de provoquer la proximité avec sa figure d'attachement (mère biologique, mère adoptive, père, grands-parents...). Le comportement d'attachement diffère selon le développement du nourrisson. L'enfant et l'adulte sert de mise de sécurité vers laquelle, l'enfant se retournera pour se réconforter et ensuite en mesure d'exploiter son environnement. Pour Andrée Fontaine, les différentes formes d'attachement sont fonctionnelles. C'est-à-dire elles ont toutes, une valeur de survie pour le nourrisson. C'est cette qualité de l'attachement qui peut déterminer l'adaptation psychosociale du nouveau-né

(Kreiser,1991) quant à lui, évoque : *les bases originaires de l'organisme psychosomatique. Les capacités réceptives et réactives du bébé à la réponse somatique, les influences interactives primaires.* Dans cette étude, l'auteur souligne les bases originaires de l'organisation psychosomatique du bébé et montre l'importance des capacités réceptives et réactives du bébé. Cette étude met l'accent sur les influences interactives primaires, soit le surplus d'excitation, l'insuffisance chronique interactionnelle, ou les dysfonctionnements interactionnels.

(LeBlanc ,1989), dans sa recherche, *comparaison du comportement des mères d'enfants à terme et mère d'enfants prématurés lors d'une interaction avec son bébé*, met en évidence, à partir d'une perspective d'observation éthologique, les différences des comportements des mères à terme et des mères d'enfants prématurés lors d'une interaction avec leur bébé. Au-delà des interactions proprement dites, ce qui est mis en évidence et qui avait déjà été souligné dans d'autres travaux, c'est le fait que les mères d'enfants prématurés n'arrivent pas à anticiper, ou le font avec difficulté, le comportement de l'enfant et le sollicite de manière continue.

(Lebovici et al. 1989), ont travaillé sur l'évolution des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Ces auteurs accordent l'importance majeure des interactions dans le développement du bébé. L'ouvrage est centré sur l'évolution des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Ils présentent, les principaux instruments d'évaluation utilisés actuellement dans la recherche en ce qui concerne l'observation et l'évaluation des interactions précoces.

(Montagner, 1988), a étudié les processus qui vont de l'empreinte à l'attachement, les

interactions mère-bébé, les interactions entre les enfants. Dans ses travaux, Il a mis également en relief les compétences sociales comme une nouvelle approche du développement de l'enfant. Les compétences sociales ressortent des observations « naturalistes » ou « éthologiques » et des expérimentations mais aussi des études pratiques. En développant le concept de compétence sociale, il désigne les capacités du bébé et du jeune enfant à conduire leurs interactions et leur processus de communication selon leurs particularités, celles de leurs partenaires et les capacités du bébé à percevoir les stimulations et les informations de son environnement, en particulier celles qui émanent de sa mère. Pour Montagner, les compétences sociales lui permettent à tout moment d'induire chez sa mère des comportements, actions, vocalisations et productions langagières. Ces compétences sociales sont :

- La capacité d'attention visuelle soutenue, c'est-à-dire celle qui permet au bébé et généralement aux enfants de tous âges, de maintenir le regard focalisé sur une « cible » et de recueillir ainsi sans interruption des informations visuelles et auditives combinées.
- La capacité de manifester un élan d'interaction, c'est-à-dire des comportements qui réduisent la distance, induisent la proximité et /ou le contact, pour l'interaction avec le partenaire.
- La capacité à privilégier les comportements affiliatifs c'est-à-dire ceux qui permettent de transmettre au partenaire une intention d'interaction sécurisante, ajustée et accordée. Il s'agit des manifestations qui nourrissent les processus dits de « socialisation »
- La capacité à organiser le geste de façon structurée et ciblée en direction des objets et des personnes.
- La capacité à reproduire et imiter les actes, vocalisations, activités, paroles, et conduites des autres.

Les compétences sociales sont alors pour Montagner indispensables aux constructions émotionnelles, affectives, relationnelles, sociales et symboliques de l'enfant.

(Stern, 1985), pour sa part insiste sur la référence centrale qu'est l'émergence et la construction du sens de soi chez le bébé. Ses premiers travaux sur l'observation de l'interaction précoce, remonte à plus de 25 ans et son concept de l'accordage affectif entre le bébé et ses partenaires est au cœur de la compréhension de la puissance de l'intersubjectivité, dans *interpersonnal world of infant*.

(Cosnier, 1984), dans l'observation *directe des interactions précoces ou les bases de l'épigénèse interactionnelle*, le chercheur souligne d'une part les différentes orientations qui

conduisent à la méthodologie de l'observation directe des interactions précoces et il met l'accent d'autre part sur la notion d'épigénèse interactionnelle dans le développement et donc, sur l'importance des interactions avec le milieu.

(Brazelton, 1982), décrit les différents paramètres de l'interaction entre une mère et un bébé dans : *le bébé partenaire dans l'interaction, in la dynamique du nourrisson*. Brazelton, est l'un des auteurs les plus prolifiques en ce qui concerne les études sur le nourrisson. Les spécialistes lui attribuent plus de 200 articles scientifiques et une quinzaine d'ouvrages sur le comportement des nourrissons et les moments de la petite enfance dans le processus de renforcement de la cellule familiale. Comme ouvrage, il a écrit un ouvrage collectif avec (Cramer, 1994), intitulé, *la naissance d'une famille ou comment se tissent les liens* Pour (Brazelton, 1973) le bébé est une personne et il fait savoir que, si l'amour est primordial, il n'est pas suffisant. Il est important de soutenir son enfant en toute circonstance, mais aussi l'aider, à se comprendre lui-même, c'est au-delà de l'amour. Brazelton est le pionnier de la recherche en matière des compétences néonatales. Pour cela, il mettra sur pied un instrument d'évaluation des comportements des nouveau-nés appelé: la néo-behavioral assesment scale ou, l'échelle d'évaluation de (Brazelton, 1973) Alors qu'on prenait l'enfant comme une « tabula rasa », à l'instar de (Rousseau, 1762) avec *L'Émile*, va montrer que, le bébé a son propre caractère et un tempérament individualisé .Par ailleurs, il a montré que, les parents ne sont pas les seuls responsables de la qualité de la relation qui s'instaure avec leur bébé ,mais que celui-ci, y apporte également sa contribution. C'est pourquoi, l'échelle de Brazelton révèle que le bébé a déjà sa propre personnalité.

(Field, 1980), a travaillé sur *interaction preterm and term infants with their lower and middle class teenage and adult mother*. Le chercheur insiste sur le fait que les capacités d'interactions et de régulations des états de vigilance chez le bébé prématuré, apparaissent inférieures lorsqu'on les compare aux interactions des bébés à terme. Ainsi, malgré les efforts déployés par les parents, les bébés prématurés répondant plus difficilement et moins activement que les bébés à terme. Les études sur l'interaction parents nourrissons font apparaître le bébé prématuré comme moins gratifiant et la difficulté des parents à entrer en communication avec lui.

(Hwang, 1978), de l'université de Göteborg en Suède, a fait un travail de recherche en ce qui concerne les interactions mère-enfant sur les effets du sexe du bébé sur le comportement de la mère vis à vis des soins à donner à l'enfant. Deux jours après l'accouchement, Le chercheur a observé et a remarqué que, selon que les bébés étaient du sexe masculin ou féminin, les interactions étaient différentes entre la mère et le bébé. Cette étude

révèle qu'il y'a une distance comportementale entre la mère et le bébé lorsque ce dernier est une fille et, les réponses aux besoins de l'enfant n'étaient pas très chaleureuses lors des soins à donner à l'enfant. À l'opposé pour les mères ayant accouché un garçon, les interactions étaient chaleureuses et la proximité très renforcée. Et (Hwang, 1978) conclut que le genre ou le sexe des bébés influence les interactions mères bébé. Car, dans son étude, il a remarqué que, les bébés garçons bénéficiaient de plus d'attention que les bébés filles. Et ces dernières se faisaient moins allaiter que les bébés garçons. Toutefois le chercheur remarque que cette inégalité dans les soins et attention, diminuait au fil des jours.

(David & Appel., 1969), ont fait une étude sur la *relation mère-enfant, étude de cinq patterns d'interaction entre la mère et l'enfant à l'âge d'un an*. Ce travail met en exergue, une description détaillée et comparative de cinq cas en montrant la multiplicité des aspects sans lesquels, les interactions se manifestent, peuvent être décrites et comment elles jouent dans la vie quotidienne et à travers les événements qui tissent la vie de l'enfant. Une telle connaissance des interactions permet de comprendre de façon plus précise et objective la relation mère-enfant, non que l'interaction soit la relation mais, elle en est au moins en partie le reflet. Pour le chercheur, chaque couple est dominé par une ou deux attitudes fondamentales qui trouvent à s'exprimer, à se réaliser à travers toutes les interactions dont elles constituent le fil conducteur : elles les organisent en un pattern cohérent, qui a une configuration spécifique qui, diffère d'un couple à l'autre et qui, pour chacun peut être décrit avec précision. Ce pattern d'interaction, tout en étant constant loin de donner lieu à ces comportements et stéréotypes, s'exprime d'une infinie variété de manière.

(Prieur, 2012) s'interroge dans son article sur la question de savoir si la diversité des bébés et de leur parent peut-elle faire bon ménage avec les normes pédiatriques ? Pour elle l'oralité des premiers temps offre une variété de comportements entre le bébé qui est très grande, de grands écarts entre les quantités bues, la fréquence des tétées, la durée, l'âge de la curiosité, l'alimentation, les goûts pour les saveurs... Par ailleurs, « dans bébés bien portés », elle s'interroge sur le portage en notre modernité, quelles sont les vraies qualités du contact peau-à-peau et quel est le lien entre le portage et l'allaitement ?

(Godefroid, 2012) parlant des facteurs environnementaux sur le développement, montre que les stimulations ont une influence déterminante dès les premiers mois sur la vie, sur l'éveil de l'intelligence. Il démontre que les enfants élevés dans une institution où le nombre de contact étaient réduits au minimum (1/10) accusaient un retard moteur et linguistique important au cours de la deuxième année et des années antérieures.

(Rutter, 2012) a montré que le poids, la taille et le périmètre crânien de ces enfants

étaient deux fois inférieur à la moyenne des enfants de leur âge. Le rattrapage fut cependant d'autant plus remarquable que les âges de l'adoption étaient proches de la naissance, les enfants de moins de 6 ans récupérèrent beaucoup plus rapidement que les plus âgés. À l'inverse, les enfants élevés par des parents qui les stimulaient en multipliant les contacts et les occasions de découvrir de nouveaux objets et de développer de nouvelles aptitudes progressent régulièrement et de façon harmonieuse.

Au terme de notre état de connaissance non exhaustif sur les auteurs qui ont travaillé de près ou de loin sur les interactions précoces, nous observons que, aucun des auteurs n'aurait étudié les interactions mère-enfants en situation de captivité chez les humains. Par ailleurs nous n'avons pas pu trouver un mémoire qui traite de ce thème. C'est la raison pour laquelle nous trouvons pertinent de travailler, de faire une étude sur une telle problématique, liée à notre environnement.

Dès la relation fœtale, la situation de symbiose profonde entre la mère et son bébé pendant la grossesse est d'interactions importantes. La relation organique entre le fœtus et la mère est extrêmement étroite. La mère n'apporte pas uniquement au fœtus les nutriments nécessaires à son développement. Elle lui transmet aussi, par des mécanismes particuliers, des sensations, voire des émotions qui plus ou moins, sont perçues par le fœtus et qui ont une influence sur son développement.

(Cramer, 1997) et (Montagner, 1988), ont travaillé sur les différents niveaux d'interactions. Il ressort de ces recherches qu'on en distingue trois :

- Les interactions comportementales,
- Les interactions affectives,
- Les interactions fantasmatiques.

2.3.2. Les niveaux d'interactions

2. 3.2. 1. Les interactions comportementales

Elles se définissent, comme l'agencement du comportement du nourrisson avec celui de la mère. C'est aussi la façon dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. Ces interactions sont directement observables et sont constituées de trois registres : les interactions corporelles, visuelles, et vocales. Pour (Bruner, 1999), l'acquisition du langage est basée sur le processus d'interaction mère-bébé qui dès la naissance est engagé dans des tâches réalisées conjointement : l'allaitement, les jeux, l'exploration d'un objet.

2.3.2.2. Les interactions corporelles

Elles décrivent la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé et touché par sa mère. (Wallon ,1956), parle de "dialogue tonique" terme développé par (Ajuriaguerra, 1971). Ce dialogue permet des ajustements corporels et interactifs entre l'enfant et sa mère. Il y'a aussi une véritable interaction entre les postures de l'enfant et ceux de la mère. Le contact physique permet au bébé de différencier précocement le soi et le non-moi dans la distinction « touché » et « être touché », développe un sentiment de sécurité. Les contacts peau à peau font partie intégrante du dialogue tonique, ils se traduisent au début par des pressions, des caresses et deviennent répétitifs et ludiques : chatouillement, baisers...

La mère communique essentiellement par ses gestes, ses postures, ses mimiques durant les premiers mois.

2.3.3.3. Les interactions visuelles

Ce sont de modes de communication privilégiés entre la mère et le bébé dans les premiers jours de la vie. Le regard mutuel a une importance majeure. On note que ces premiers moments où l'enfant regarde sa mère, contribue pour elle à faire disparaître, le caractère étranger de son enfant et inversement, le rôle du miroir du visage maternel permet au nourrisson d'intégrer les états affectifs différents et de favoriser la constitution d'une image de soi. Cette communication par le regard est variable selon chacun des membres de la dyade. Les interactions favorisent la familiarité entre le bébé et sa mère.

2.3.3.4. Les interactions vocales

Les cris et les pleurs, représentent le premier langage du bébé. Selon (Sander & Julien, 1966), ces cris et pleurs sont un cordon ombilical acoustique.

Chez la mère, on note un ensemble de modifications du langage lorsqu'elle s'adresse à son bébé. La fréquence est particulière, le timbre de la voix plus aiguë, caractère chantant de la voix, rythme l'importance dans l'intonation qui signifie une manière d'être en relation avec le bébé.

Les comportements de tendresse sont la charnière des interactions comportementales et affectives. L'embrassement, l'étreinte, le baiser, les blotissements, les caresses, jouent un rôle essentiel dans la genèse de l'attachement et des éléments de l'échange donnent une valeur communicative d'appel et de recherche aux réactions primitives qui prennent alors sens pour les partenaires.

2.3.3.5. Les interactions affectives

C'est l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et celle de la mère. Le contenu de cette relation est essentiellement composé des émotions et d'affects où les pensées et représentations se rapportent peu à des objets extérieurs au couple mère-bébé. En étudiant l'évolution du langage maternel adressé à l'enfant, on note l'évolution des interactions affectives.

Les interactions affectives concernent l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère ou de l'entourage. L'étude des interactions s'intéresse aux affects qui se dégagent de la relation à travers les paroles, des expressions du visage, des regards et des comportements. La mère fait appel ici, à ces capacités d'empathie pour percevoir l'état affectif de son bébé. Le plus souvent, la mère regarde le bébé, perçoit l'effet ou imagine percevoir l'affect que ressent le bébé.

Dans les interactions affectives, les indices perceptifs sur lesquels se basent le bébé pour saisir l'état émotionnel de sa mère sont contenus en partie dans l'intonation, le rythme, le timbre du discours maternel, sur les mouvements et le tonus moteur, sur l'attention, la disponibilité et la cohérence des réponses maternelles (Mazet, 2003).

Les interactions reposent sur des mécanismes essentiels qui sont l'harmonie, la mutualité, et la réciprocité entre la mère et le bébé. (Stern, 1985) parle d'accordage affectif de transmodalité des états affectifs. C'est-à-dire que, le moyen d'expression utilisé par la mère dans cette correspondance est différent du moyen ou de la transmodalité expressive utilisé par le bébé.

Un des éléments importants de ces interactions affectives, est la réactivité de la mimique maternelle. Plus la fréquence des changements d'expression du visage de la mère face à son bébé survient rapidement en réponse avec le changement d'expression du nourrisson, plus le bébé manifeste des mimiques positives réciproquement, plus le bébé exprime des émotions positives, plus la mère se montre réactives dans ses réponses mimiques.

(Murray & Trevarthen 2005) ont étudié les effets de la désorganisation des interactions entre la mère et son bébé âgé de 2 mois, à l'aide d'un système vidéo : mère et bébé sont filmés et échangent en face à face par écran vidéo interposés. Au début de la, mère et bébé sont en direct : on observe les habituelles interactions sous forme d'échange du regard de la prosodie, des mimiques.

Dans un second temps, et dans la continuité de l'interaction, le bébé reçoit sur l'écran, non plus sa mère interagissant en directe, mais une séquence de la mère préenregistrée. Il

s'agit donc d'une mère inaccessible, déconnectée dès lors, la gestualité du bébé se modifie : il présente une réaction de retrait et, semble inquiet. Cela montre que, le bébé est sensible à la qualité dynamique interactive avec sa mère et sa capacité à interagir dans l'instant de l'échange. Il perçoit bien quand une mère est présente physiquement mais « ailleurs » c'est-à-dire, non disponible pour l'interaction. Ce modèle relève de l'importance de l'accessibilité de la mère pour son bébé. Il est probable pour le bébé que le premier critère d'accessibilité réside dans la capacité d'établir aisément un accordage dans l'interaction en face à face.

2.3.3.6. Les interactions fantasmatiques

(Krisler & Cramer, 1981) introduisent, pour montrer l'importance capitale de la vie mentale consciente et inconsciente de chaque partenaire dans l'échange. L'interaction fantasmatique est donc l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et celle de son bébé. Les deux partenaires ne sont plus considérés comme seulement en tant que sujets présentant des comportements observables ou des expressions manifestant leurs états affectifs ; Ils sont étudiés en tant que, sujets dont la vie psychique comporte des scénarii imaginaires. L'interaction fantasmatique concerne la manière dont la jeune mère, habituellement maintenue loin de la conscience par un système défensif est réactivée par la présence du bébé et ses représentations de celui-ci. Sa façon d'interagir avec lui sera teintée du bébé qu'elle a, et des soins que ses propres parents lui ont prodigués, des relations qu'ils ont tissées ensemble. Bien avant sa naissance l'enfant est déjà pour sa future mère un enfant fantasmatique.

Du côté de la mère, qui dispense les soins à son bébé, on peut parler des effets de l'enfant imaginaire qui se développe avec le désir d'enfant et la grossesse. Il est l'objet des rêveries de la future mère. L'enfant fantasmatique naît des fantasmes maternels concernant l'enfant à venir, l'enfant né. Face à l'enfant de réalité, la mère porte aussi dans ses bras l'enfant imaginaire et fantasmatique qui s'inscrit dans les fondements de la relation et des soins qu'elle lui apporte.

Les interactions se déroulent suivant une dynamique appelée dynamique inter-active.

2.4. La dynamique interactive

La dynamique interactive se structure suivant deux axes : l'axe temporel et qualitatif dans le temps.

2.4.1. La dynamique temporelle

Elle se caractérise par des cycles d'attention-retrait qui déterminent un des aspects essentiels de la communication mère-bébé. À la base de toute interaction prolongée, il y'a nécessité pour la mère de respecter les attitudes d'éloignement du bébé afin de permettre au bébé de garder un rôle actif dans les échanges. L'aspect répétitif des comportements de la mère permet de présenter tous les aspects du comportement communicatif et expressif.

-La synchronie caractérise les séquences dyadiques de comportement mère bébé sous forme de stimuli-réponses. Il s'agit pour chaque mère de trouver le niveau de stimulation adéquat à son bébé. Si celui-ci est trop faible, on observe une absence d'attention ou une perte d'intérêt. Si le niveau de stimulation est trop fort, un évitement entre en compte, différent paramètre de stimuli : l'intensité, la complexité.

- La réciprocité, met l'accent sur le lien entre le comportement de la mère et celui du nourrisson. Cet élément essentiel de l'interaction, met en évidence, la capacité du bébé à détecter la variation dans la qualité du comportement maternel (Cohn & Tronick 1978).

2.4.2. L'évolution de la dynamique interactive

Elle se caractérise par le processus de séparation-individuation défini par (Mahler, 1990), comme l'acquisition du sentiment d'être à la fois séparé et en relation. Ce sont deux développements dont l'évolution n'est pas forcément parallèle.

- La séparation est la réalisation intrapsychique d'être séparé de la mère et donc de l'univers dans son ensemble.
- L'individuation correspond aux réalisations dont l'enfant est capable en fonction de ses propres caractéristiques individuelles

L'enfant se construit donc par la stabilité des échanges, leur rythmicité, leurs répétitions et leurs changements qui stimulent aussi les facultés d'attention et de tolérance à la frustration permettant progressivement au bébé d'atténuer la dépendance à son environnement.

Pour s'adapter au rythme de l'enfant, l'adulte doit trouver des techniques pour diminuer ou contrôler les réponses motrices. Lorsque, la communication synchrone est établie et engagée, le bébé va découvrir que l'adulte s'occupe de lui, ce qui permet à la mère de découvrir ses propres compétences.

(Cramer & Brazelton, 1989) ont défini, six principes essentiels de l'interaction et de la synchronie : la symétrie, la contingence, l'entraînement, le jeu, l'autonomie et la flexibilité.

- La symétrie dans l'interaction fait référence aux capacités d'attention du bébé, son style

interactif, ses préférences qui doivent être comprises par sa mère et dans un dialogue symétrique, la mère respecte les seuils de l'enfant.

- La contingence : on dit d'une mère qu'elle répond de manière contingente, quand elle est capable de déchiffrer les messages que son bébé lui adresse dans ses signaux. À partir de ses propres réponses, la mère va apprendre à ajuster ses comportements en fonction de l'échec ou de la réussite des messages qu'elle lui transmet. La contingence exige de la mère une disponibilité sur les plans cognitif et émotionnel.
- L'entraînement : chaque partenaire utilise des imitations, des vocalises, des mimiques et des rythmes de l'autre pour attirer l'attention, mais aussi pour conserver et entraîner l'autre dans une forme d'interaction de plus en plus riche. Chaque membre de la dyade s'adapte à l'autre.
- Le jeu : les jeux sont fondés sur l'entraînement et dans ce contexte, le bébé et la mère vont avoir la possibilité d'acquérir des connaissances nouvelles à propos de l'un et de l'autre. Grâce aux jeux, ils vont pouvoir s'imiter et l'entraînement va leur permettre de contrôler le maintien, l'arrêt ou l'accentuation de leur interaction. Le regard est une modalité interactive essentielle dans le jeu.
- L'autonomie et la flexibilité : Le bébé va progressivement reconnaître ses capacités de contrôle, il va prendre l'autonomie au fur et à mesure des réponses contingentes qui vont renforcer les capacités du bébé. Le comportement autonome va se développer, à partir du moment où le bébé s'aperçoit et va être rassuré des réponses contingentes de sa mère.

2.5. Une mère

Presque tous les ouvrages qui traitent des interactions enfant-mère ou à la relation mère-enfant accorde une place importante à la mère. Mais quel sens ou quelle signification donner à la mère ?

Le (Dictionnaire Larousse, 2010) définit, la mère en latin mater comme étant une femme qui a mise au monde un ou plusieurs enfants. On distingue les mères célibataires, et les mères mariées. Dans les ouvrages qui ont étudié la relation mère enfant que nous avons consulté tels *attachement et perte* de (Bowlby, 1978), *le développement affectif et intellectuel de l'enfant* de (Golse, 1989), *psychologie du développement, enfance et adolescence* de (Lehalle & Mellier, 2005) ... très peu, ont donné une définition de la notion de mère. La plupart des ouvrages assimile la mère à la principale figure maternelle, à l'objet maternel.

(Delassus, 2011) se pose la question de savoir comment devient-on une mère ? L'auteur parle alors de la maternogenèse, Pour lui il ne suffit pas d'être femme pour être mère. Car, féminité et maternité ne sont pas obligatoirement liées. Être mère est une question de décision, c'est un choix. La maternité n'est pas automatique. Ce n'est pas seulement la mise en œuvre des moyens physiques dont est doté le corps de la femme pour assurer la nidation, la gestation et l'accouchement d'un enfant. A cette dimension physique il faut ajouter la dimension psychique. Pour Delassus nous ne devons pas confondre entre une mère et mise au monde, entre mère et accoucher un enfant. Être mère c'est se donner. C'est un don. C'est une totalité physique et psychique, c'est une fonction donatrice. Le maternel est alors l'ensemble des actes de la mère en rapport avec l'humanité de la maternité. Le fait qu'un enfant soit nourri et élevé cela nous les partageons avec les animaux (Delassus, 2011). « *Il y'a des comportements maternels et il y'a la maternité chez les animaux* », (Delassus, 2011). Mais « le maternel, au-delà du fait d'être mère, est spécifiquement humain. Il répond à une nécessité incontournable et à un enjeu vital : la mère doit assurer la naissance psychique de l'enfant ».

2.5.1. L'importance de la mère

Dans la relation mère-bébé, l'utilisation que la mère fait de son visage, de sa voix, de son corps, de ses mains...constitue le premier contact du bébé avec le monde humain. Le courant continu de ces actes fournit au nourrisson sa première expérience avec le monde de la communication humaine.

Le bébé se développe qu'avec la présence d'une mère ou d'une équipe maternelle dont les capacités maternelles à penser le bébé, à le porter, à l'envelopper, vont avoir un impact sur son développement. Un enfant seul n'existe pas dit (Winnicott, 1982).

Il faut à la mère une véritable capacité d'imagination intuitive qui lui permet d'accueillir les projections de son bébé et d'être plus qu'une source d'alimentation.

Selon (Winnicott, 1982), la mère s'adapte activement aux besoins de son bébé et au début, cette adaptation peut être totale.

C'est notamment à travers le holding, manière dont l'enfant est porté, que la mère transmet à son enfant toute sa capacité empathique et sa fonction de contact pour lui donner, un sentiment de cohésion. De plus, le holding signifie que la mère s'identifie à lui. L'importance de la mère impact, sur le développement du bébé sur plusieurs plans à savoir : physiologique, émotionnel et cognitif...

2.5.2. La mère comme régulatrice des processus physiologiques, émotionnels et cognitif.

Les travaux de (Montagu, 1979), sur les bébés indiquent, la nécessité du contact tactile de l'enfant avec sa mère en insistant sur l'importance du toucher, des caresses, des étreintes, car même si bien d'autres lui manquent, il semble que, ce sont les sensations sécurisantes dont il a besoin fondamentalement pour survivre et avoir un minimum de santé. Autrement dit, la mère joue un rôle dans les processus physiologiques et émotionnels.

(Dantzer, 1989), s'inspirant des travaux de (Bowlby, 1958) sur l'attachement, souligne les effets régulateurs de l'objet d'attachement sur la physiologie et le comportement de l'animal et de l'enfant. Il considère que, la relation au premier objet (la mère) inclut des processus biologiques. La mère régule la physiologie de l'enfant et cette régulation permet la maturation des capacités physiologiques. La mère et l'enfant forment une unité symbiotique qui possède sa propre homéostasie. Au niveau individuel, différents aspects de la physiologie de l'enfant sont organisés par les stimuli émanant de la mère : l'activité du système nerveux autonome est conditionnée par la quantité de lait ingérée, le cycle veille-sommeil par le rythme des tétées, la croissance par la stimulation tactile, la thermorégulation par le contact, le développement sensori-moteur par la stimulation vestibulaire fournie par le portage de l'enfant.

Sur le plan émotionnel, nous avons le contact visuel. Le regard participe à la constitution de soi. Il apparaît très tôt comme élément essentiel au développement émotionnel et à la capacité créatrice de l'enfant. (Marty, 2007), insiste sur l'importance considérable de l'investissement sensori-moteur qui prend forme en particulier autour de la fonction visuelle. Il détermine le plaisir précoce de l'auto-identification de notre corps et ses limites spatiales.

(Lézine, 1972), a observé les efforts effectués par les bébés pour engager le contact visuel avec la personne qui les nourrit. Il souligne l'importance et la qualité du plaisir que cet échange procure à la mère. C'est par l'engagement mutuel du regard que la mère peut répondre de manière adaptée à l'enfant. L'absence d'expression faciale variée, en réponse aux regards est perçue comme une absence d'affectivité. C'est sûrement la raison pour laquelle, les expériences affectives sont plus réduites chez les bébés aveugles.

(Lacan, 1949), traite de la fonction du miroir dans la constitution du MOI de tout sujet. Ce rôle de miroir de la mère où le sujet se réfléchit, se produit à un moment donné quand le bébé regarde sa mère et qu'il se voit lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que le visage exprime, est en relation directe avec ce qu'elle voit.

La rencontre entre deux regards prépare, le nouveau-né à une dynamique plus ou moins

structurante. La mère donne un sens à ce qui est expérimenté par l'enfant sur le plan émotionnel afin de l'introduire en tant que sujet dans le monde humain, dans le monde des symboles.

Sur le plan cognitif il n'y'a point de doute que, la mère joue un rôle important dans l'acquisition du langage de l'enfant.

Pour apprendre à parler, le bébé a besoin des autres humains. La relation mère-bébé qui s'installe dès la naissance est très importante pour ce processus. Le langage va permettre au bébé d'interagir efficacement avec son entourage et va lui permettre de s'affirmer. Pour cela, la relation mère-bébé va jouer un rôle déterminant car, les premières formes de communication et les premiers échanges vocaux se font à l'intérieur de cette relation.

Pour ce qui est du développement psychomoteur s'agissant du développement de l'enfant africain, le contact permanent avec le corps de la mère conduit l'enfant à une rapide appréciation de son corps propre. Les mouvements et postures que l'enfant adopte dès son plus jeune âge sont certainement la cause principale du développement psychomoteur, (Tsala Tsala, 1997).

Par ailleurs, sur le plan affectif le développement de ce secteur non négligeable est lié à la relation de corps à corps que l'enfant entretient avec sa mère. Comme le montre (Tsala Tsala, 1997) l'individu reste lié étroitement à sa mère jusqu'à ses derniers jours. Cela démontre de la profondeur des relations affectives entre l'enfant et sa mère car, le statut social que l'enfant donne à sa mère justifie l'engouement et les soins que la mère donne à son enfant.

Dans cette relation mère-bébé, il est à noter que, le jeu dans la dyade participe tout aussi de façon très importante à la construction de l'enfant sur tous les plans. C'est pourquoi selon (Bagat, 1995), la figure représentative de l'attachement a pour fonction de base, de fournir des certitudes affectives et donne lieu aux premières formes de connaissances. De plus, la figure d'attachement représente également, un point de repère pour le développement cognitif. Cependant, la figure représentative de l'attachement peut être la mère ou le père ou encore un familier. Mais dans notre étude, la figure maternelle se réduit uniquement à la mère. D'où sa très grande importance auprès de son bébé pour le développement de ce dernier.

2.6. Le nouveau-né

Un nouveau-né selon (le Larousse, 2010), c'est celui qui vient de naître, c'est un bébé. Pour (le grand Dictionnaire de la Psychologie, 2009), c'est littéralement, un enfant qui vient de naître, couramment appelé bébé durant les deux premiers mois de sa vie jusqu'à l'âge moyen d'extinction des principaux reflets dits archaïques. Ces premiers mois pour certains

chercheurs, sont considérés comme une période d'installation douée d'une instabilité ou d'une plasticité particulière. Toutefois, il faut dire que, dans l'histoire, le nouveau-né ou les représentations sur le nouveau-né ont évolué avec le temps.

2.6. Le bébé vu par les hommes de science

(Pêcheux, & Lécuyer, 1987) se posent la question « *qu'est-ce qu'un bébé ?* » pour montrer la spécificité, du nourrisson en tant qu'objet d'étude. Pour eux, depuis que le bébé est devenu un objet de science, il s'est posé un problème de méthode et de définition de cet objet de science.

2.6.1. Le bébé cognitif.

Pour certains chercheurs, le bébé était un bébé cognitif et les domaines explorés étaient, le développement du langage et le développement des relations sociales. Ainsi, les chercheurs tels que (Piaget, 1936) et (Wallon, 1941) se sont explicitement posés le problème de la naissance de l'intelligence, articulant l'un et l'autre leurs études sur la prime enfance sur, le passage de l'intelligence sensori-motrice à l'intelligence symbolique.

Les idées sur le bébé ayant évoluées tant dans la société que dans le monde de la science, un corps de recherche spécifique va se développer autour du bébé. C'est ce que les anglais ont appelé the "*infant*". Celui qui ne parle pas. Cette particularité se marque d'emblée au niveau méthodologique. Il est impossible d'utiliser des consignes verbales ou de solliciter des réponses verbales. C'est pourquoi, la spécificité des sujets concernés s'exprime au mieux dans la notion de groupe d'âge, bien que la délimitation ne soit pas assez claire. C'est la raison pour laquelle pour les chercheurs, les âges étudiés sont remarquablement discontinus, si l'on s'en tient à la fréquence des publications en fonction de l'âge. Selon ces chercheurs, on trouve de multiples travaux sur le nouveau-né, puis un étrange vide sauf exception jusqu'à 4 à 5 mois ou sont privilégiés les problèmes perceptivo-cognitifs. Les raisons de cette discontinuité s'expliquent par le fait que, les possibilités d'accès aux populations qu'on veut étudier c'est-à-dire les bébés, varient avec l'âge. Il est relativement facile de trouver une maternité pour travailler, il est beaucoup plus aléatoire de faire venir un bébé de quelques mois au laboratoire. En plus, il est plus facile d'expérimenter sur les bébés de 4 à 5 mois que sur les bébés plus jeunes, dont les capacités toniques et motrices, ainsi que la vigilance sont encore assez anarchiques. Toutefois des progrès importants ont été fait dans la connaissance du bébé pendant ces dernières années grâce à l'intervention et ou au perfectionnement de nouvelles méthodes d'étude.

2.6.2. Le bébé affectif

Les travaux observables étant considérés comme des phénomènes superficiels, ne permettent guère d'accéder au fonctionnement psychique, surtout pour des enfants qui ne parlent pas. Selon (Pêcheux & Lécuyer, 1987) tout fonctionnement provoque des réactions émotionnelles. Sur le plan scientifique les travaux certains de chercheurs tels que ceux de (Bowlby, 1958), de (Freud, 1969) vont contribuer à structurer la compréhension du développement le bébé affectif.

2.6.3. Le bébé social

L'existence du bébé social c'est-à-dire d'un courant important de recherche sur les interactions de l'enfant avec son environnement, est le résultat d'un double mouvement : Celui des spécialistes de l'affectivité d'une part et du fonctionnement cognitif d'autre part, vers une étude des premières expériences de l'existence. Pour les uns comme pour les autres, c'est bien grâce à des échanges avec son environnement et au premier chef sa mère, que le nourrisson peut avancer dans son développement.

Cependant, il est bien fragile malgré les dissections faites sur le bébé du point de vue théorique de faire, une partition nette entre un bébé cognitif, un bébé affectif et un bébé social. Il n'existe pas un bébé cognitif à part différent du bébé social ou du bébé affectif. Il existe un bébé tout court, objet de recherche de nos jours.

3. Les compétences du nouveau-né

L'étude des interactions parents nourrissons est un domaine d'intérêt récent, qui connaît un développement important depuis plusieurs années. L'observation directe a permis, l'évolution de la connaissance du nouveau-né en montrant comment ses compétences, sont articulées aux compétences parentales, aux compétences de la mère.

Pour (Cramer, 1997), la représentation du bébé tel un être passif, quasi végétatif, subissant des influences en provenance de son environnement, et dépourvu de toute intentionnalité sociale est désormais obsolète.

L'apport de l'observation directe attribue aux compétences une importance essentielle dans le développement de l'enfant (Rosenblum & Danon, 1999).

L'étude sur les compétences a été entreprise pour répondre à des questions autour des

relations entre le nouveau-né et son environnement humain, la naissance de la vie psychique, le développement du langage, la communication non verbale.

De nombreux travaux sur le développement de l'enfant mettent en évidence la diversité des compétences précoces du nouveau-né dans les domaines de l'affectivité, de la motricité, de la perception, de la cognition, (Bideau, et al. 1985), (Bonthoux, et al. 2004), (Mehler & Dupoux, 1990), (Vuclain, 2004). Ces travaux ont montré qu'au-delà des capacités du bébé à l'interaction interpersonnelle ou sociale, le besoin et la volonté de celui-ci à communiquer, à partager des expériences émotionnelles et cognitives avec ses donneurs de soins. Le bébé a un besoin fondamental de se sentir actif dès ses premiers échanges avec sa mère. Nous pouvons penser que, la satisfaction de ces besoins fondamentaux est une source essentielle du développement affectif et relationnel harmonieux du bébé.

En effet, le bébé est sensible à son environnement et établit précocement avec lui des relations transactionnelles. Il ne se développe donc pas de façon linéaire mais dans un processus continu de développement et de changement où le bébé est non seulement soumis aux influences de sa mère, mais également à l'origine des modifications essentielles chez celle-ci. On peut alors dire d'une certaine manière que, le bébé contribue à la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit. Le modèle qui prévaut dans l'émergence de ces compétences sont, selon (Mazet & Stoléro, 2003) un modèle interactionnel ou transactionnel.

Les compétences du bébé sont variables selon son état de vigilance. Le bébé exerce lui-même, un contrôle sur ses états de vigilance, (Duverger, 2003).

Les compétences du bébé vont des compétences sensorielles, motrices, aux compétences sociales. Ces compétences ou encore compétences précoces, sont des compétences spécifiques et se développent en étroite interaction avec l'environnement. C'est (Brazelton, 1982) qui dans ses travaux a ouvert le champ d'investigation sur les compétences du nouveau-né. Il définit alors les compétences comme les capacités du bébé à percevoir les stimulations et informations de son environnement en particulier et émanant de sa mère. Brazelton montre qu'à l'origine de ces compétences précoces du nouveau-né, il y'a le bagage génétique, les facteurs intra-utérins et périnataux, phénotypiques.

3.1.1 Les compétences sensorielles

Les compétences sensorielles englobent les compétences visuelles, auditives, olfactives et gustatives.

3.1.2. Les compétences visuelles.

Dès la naissance, les perceptions existent chez le bébé. Le bébé a une préférence visuelle pour le visage humain ou toute forme apparentée. Selon (Slater, 1998), le système visuel du bébé est pré organisé pour traiter les stimuli humains. En se référant également aux travaux de (Walton, Armstrong, Bower, 1998), le bébé, le nouveau-né apprend à identifier un visage beaucoup plus rapidement que ce qui est habituellement observé dans les apprentissages perceptifs. Ces travaux montrent que le traitement perceptif du visage constitue une connaissance directe disponible chez le bébé dès la naissance, (Lehalle & Mellier, 2005).

(Zazzo, 1957) a découvert les capacités d'imitations néonatales en rapportant que son fils de quelques jours tirait la langue en écho. Pour (Meltzoff, Moore, 1983), (Vinter, 1986) pensent que ces comportements imitatifs précoces primitifs sont aujourd'hui clairement attestés dès le premier jour de la vie. Ce qui, montre que le nouveau-né discerne des mouvements et des mimiques dynamiques du visage sans confondre la bouche ouverte et la position de la langue.

Pour (Nadel & Potier, 2005) l'imitation à la naissance ne se limite pas aux mouvements faciaux. Le bébé est capable de reproduire un clignement d'œil et des expressions faciales primaires. Tous ces mouvements inscrits dans le répertoire néonatale. Ces imitations sont explicables par la capacité innée à reproduire des réponses motrices à la perception d'un mouvement. Ces imitations ne s'effectuent qu'en présence d'un visage humain.

D'autres études telles celles de (Goren, *et al.* 1975) montrent la préférence du nouveau-né pour les patterns visuels à signification sociales. Ces chercheurs ont pu montrer que des nouveaux -nés âgés de quelques minutes suivaient plus loin de la tête et des yeux un leurre de visage que des patterns ayant les mêmes caractéristiques (deux yeux, un nez, une bouche.) mais en désordre.

Aux alentours de 6 à 9 semaines, le bébé commence à engager des comportements liés à l'interaction sociale, en rapport avec les compétences néonatales en jeu dans l'imitation tels que : détection de la face, détection du mouvement biologique et reproduction du mouvement biologique.

Toujours en ce qui concerne les compétences précoces sensorielles, à partir de 6 à 9 semaines, on note de l'apparition au cours d'interaction en face à face, d'imitation de mouvement de la tête, des bras, et des mains. L'imitation d'expression faciale se diversifie et surtout, elle a une signification dans le contexte social en particulier dans le cas des sourires.

3.1.3. Les compétences auditives

Le nouveau-né tourne la tête ou les yeux dans la direction du son. Il est particulièrement sensible à la voix humaine et notamment celle de sa mère. Entendre et écouter sont des repères développementaux. On peut très bien entendre sans écouter. Car, écouter suppose que l'on prête attention. Il en va de même pour le bébé. Non seulement il entend, mais il peut aussi écouter. Et, pour écouter, il est capable d'arrêter de pleurer, de suspendre son activité. Il montre aussi qu'il préfère écouter la voix humaine et de préférence celle de son parent à tout autre.

Les travaux de (Wertheimer, 1961) montrent que, le bébé âgé de quelques minutes seulement tourne les yeux du côté où le son d'un clic retentit. De même (Brazelton, 1984) dans ses travaux montre que les mouvements de recherche de la tête du bébé à l'agitation du hochet. Le nouveau-né semble donc présenter une tendance innée à s'orienter vers un son.

3.1.4. Compétences olfactives et gustatives

Dans les 3 à 4 premiers jours, le nouveau-né a des capacités de détection et de discrimination sensiblement identique à celles de l'adulte. Il est capable de retrouver l'odeur, la peau et du sein de sa mère par rapport à l'odeur d'autres femmes.

En ce qui concerne les compétences gustatives, le nouveau-né est capable de discriminer les saveurs classiques : Le sucré, le salé, l'amertume l'acide...En manifestant ses préférences pour le sucré. (Laporte, 1985) souligne que le pattern de succion n'est pas le même avec un biberon de lait artificiel qu'avec un biberon de lait maternel. L'ingestion de liquide aux goûts différents s'accompagne de mimiques expressives variées au niveau du visage. Ainsi, pour éliminer toute possibilité de conditionnement en apprentissage, ces liquides sont donnés à goûter dans les premières heures de la vie, Avant le premier pas.

3.1.5. Les compétences motrices

La motricité est essentiellement réflexe : réaction de succion, réflexe de grasping...Cette motricité réflexe et apparemment désordonné, intervient dans les compétences servant de support aux parents pour forger leur représentation de l'enfant.

Selon (Couvert, 2011), la motricité et la robustesse du bébé a un lien étroit avec la qualité du portage. Le portage du bébé désigne ici la capacité de la mère à porter son bébé en lui assurant un contenant par les points d'appui nécessaires pour que celui-ci se sente en sécurité.

Le portage doit permettre au nouveau-né d'imiter des mouvements de liberté comme la rotation de la tête. Le positionnement du corps est important pour le nouveau-né car, un bébé qui se présente dans une position de repli ne fait rien et n'imité rien. Selon (Laporte, 1985), le bébé peut également se servir de ses mains avec une efficacité surprenante : il est capable d'étendre un bras vers un objet et de le saisir. On parle alors de "motricité libérée" pour souligner l'importance d'un soutien correct de la nuque afin que puissent s'exprimer pleinement ses potentialités motrices. A ces capacités motrices, se relie le cri.

Selon (Wolf, 1969) on distingue plusieurs types de cris que la mère est capable de différencier :

- Le cri de faim,
- Le cri de colère,
- Le cri de douleur.

À chacun de ses cris, la mère apporte une réponse. Le cri de douleur par exemple est suivi d'une réaction immédiate de la mère, si elle est dans une pièce voisine, d'où elle peut voir le bébé elle se précipite inmanquablement à son secours. Quant au cri de la faim il déclenche une augmentation de la chaleur cutanée au niveau de seins chez une femme primipare en période d'allaitement. Le bébé peut donc, très précocement, signifier certains de ses besoins à travers la spécificité de ses cris. La mère apprend également en moins de 48 heures, à discerner le cri de son propre enfant.

En dehors de (Brazelton,1982) nous avons la contribution de (Montagner,1988, 1993, 1996) avec ce qu'il appelle les compétences sociales.

- À l'absence de ces six paramètres selon (Cramer, Brazelton, 1997), il risque quant au bon développement du bébé.

CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE

Depuis le 20ème siècle, plusieurs conceptions théoriques et plusieurs courants plus ou moins divergents, mais aussi complémentaires tentent d'expliquer le développement humain.

Le courant dans la recherche en sciences sociales est un mouvement d'idées qui, à un moment donné de l'évolution d'une discipline, rendent compte d'un certain nombre de faits.

La théorie du développement quant à elle est une explication du changement qui survient chez l'humain au cours de l'enfance. Les facteurs de changement et de temps sont deux éléments essentiels de la notion de développement. L'histoire du développement de l'enfant a été animée par les courants et les théories en fonctions des périodes et des objectifs poursuivis par ces théories. Il ne sera pas question pour nous d'évoquer tous les repères de ces théories dans le cadre de notre recherche. Néanmoins, notre dessein est de donner certains repères afin de comprendre comment ces théories sur le développement ont contribué à expliquer, à mieux cerner l'évolution de l'enfant.

(Tsala Tsala, 1997) (Thomas & Michel 1997) présentent ces théories dans leurs ouvrages respectifs. Pour ce qui est des courants et des théories en psychologie du développement nous pouvons citer entre autres :

- Le maturationnisme avec Gesell
- Les théories interactionnistes : le constructivisme de Piaget, Le Socio-constructive de Wallon et la théorie socio-culturelle de Lev Vygotsky.
- Le behaviorisme de Watson
- L'apprentissage social de Bandura
- La théorie psycho-sociale d'Erikson
- La théorie de l'attachement avec le courant éthologique.
- La théorie contextuelle. Mais nous nous sommes attardés sur la principale théorie de l'étude et le paradigme.

3.1. Théories de référence de l'étude, et le model de l'étude

Précédemment, nous avons passé en revue les différentes théories qui pourraient nous aider à cerner, à expliquer et à analyser notre objet d'étude qui est celui des interactions précoces entre le bébé et sa mère. Nous avons vu que ces théories bien qu'importantes, ne nous donnaient pas satisfaction en ce qui concerne notre préoccupation et le problème à

résoudre qui est celui de la proximité, du contact physique, de la chaleur entre le bébé et sa mère, toutes choses nécessaires dans le développement de l'enfant, la co-construction dans la dyade mère-enfant même en situation de captivité.

En l'état actuel de la science, nous savons que, l'approche éthologique avec la théorie de l'attachement de (Bowlby, 1958), apporte des réponses au sujet des relations mère-enfant dans la prime enfance. Cependant se limiter à la théorie de l'attachement handicaperait notre étude dans la mesure où, dès la prime enfance, l'enfant dans l'interaction avec sa mère ou son entourage amorce la construction de sa personnalité c'est pourquoi nous invoquerons la théorie du développement psychosocial (Erikson, 1972). Par ailleurs, il est démontré que tout développement, tout comportement est lié à un contexte et surtout que le développement humain est un phénomène complexe et ne saurait être uniforme ou linéaire dans l'espace et dans le temps. La théorie contextuelle avec les travaux de (Riegel, 1997) et ceux de (Valsiner, 1997) nous aiderons dans notre entreprise et notre effort d'ancrage théorique. C'est la raison pour laquelle le modèle du "visage impassible "de (Tronick, 1978) nous apportera son appui.

3.1.1 La triangulation théorique

Diverses stratégies sont utilisées pour accroître la fiabilité des données et, des conclusions ont été explorées par des chercheurs en recherche qualitative. Une des stratégies mise en avant, est la triangulation qui consiste en l'utilisation de différentes méthodes combinées à l'intérieur d'une même étude. C'est l'emploi d'une combinaison de méthodes et perspectives permettant de tirer des conclusions à propos d'un même phénomène. Elle est utilisée pour augmenter l'ampleur ou la profondeur des analyses et ce, sans nécessairement la vérité objective, (Fielding & Fielding 1996).

Selon (Denzin, 1996), il existe quatre types de :

- 1°) La triangulation des données qui comporte trois aspects : le temps, l'espace, et la personne, celle-ci présente trois paliers d'analyse, soit l'agrégation, l'interactivité et la communauté.
- 2°) La triangulation des chercheurs.
- 3°) La triangulation des théories.
- 4°) La triangulation des méthodes qui comprend la triangulation « intra méthodes »

Dans notre étude, nous avons utilisé la triangulation des théories. C'est-à-dire l'utilisation de trois théories à savoir la théorie de l'attachement avec Bowlby (1958), la théorie du développement psycho-sociale avec Erikson, et la théorie contextuelle avec Riegel et Valsiner. Ces théories nous permettent de faire une analyse profonde de notre objet d'étude et de le cerner de plusieurs facettes. Pour (Fortin, 1996), la triangulation des théories se

caractérise par l'évaluation de la pertinence et de la perspective des hypothèses ou des théories concurrentes.

3.1.2 La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement n'émerge pas ex-nihilo, c'est à dire à partir de rien. Elle est une réponse de l'envie de vider la vision psychanalytique élaborée par Freud sur la question de l'attachement entre un bébé et sa mère. En effet, l'idée communément partagée hier tombée en désuétude aujourd'hui, était que l'attachement est le résultat d'un apprentissage. Le besoin de nourriture était le seul besoin primaire du nouveau-né et qu'à partir de la satisfaction de ce besoin, se créent les liens qui unissent le nouveau-né à sa mère, à son entourage. L'école freudienne a conceptualisé cette idée autour de la théorie de l'étayage, (Zazzo,1978)

Pour la théorie freudienne, la satisfaction du besoin de nourriture a pour but la résolution d'une tension organique. Elle a pour moyen le sein maternel. À la satisfaction de l'assouvissement de la faim, s'ajoute aussi et se lie un surcroît de plaisir et la découverte de l'objet qui procure ce plaisir, le sein nourricier celui de la mère.

Jusqu'alors, l'idée dominante chez certains chercheurs tels que (Miller & Conger 1941), (Mussen & Conger 1956) était que, l'enfant passait d'un état purement biologique au statut d'être social par l'apprentissage. Il s'agissait donc pour ces psychologues d'expliquer comment s'établissent progressivement, les premiers liens sociaux. Pour eux, la dépendance émotionnelle du nourrisson par rapport à sa mère se justifie à la lumière du renforcement secondaire provenant de la satisfaction des besoins physiologiques de base tels que : la faim, la soif...La satisfaction du besoin de nourriture s'accompagne d'une autre satisfaction qui n'est tout d'abord qu'un bénéfice supplémentaire. Les théoriciens de l'apprentissage social et ceux de la théorie de l'étayage sont sur la même longueur d'onde en ce qui concerne la relation mère-enfant : la théorie de l'attachement par la nourriture, la "feed milk theory ». C'est cette position que Freud systématisera comme étant la théorie secondaire. Parce que, ce qui est premier, c'est le besoin alimentaire et non celui de l'attachement.

La théorie de l'attachement montre que, la construction des premiers liens entre l'enfant et sa mère ou celle qui en tient lieu, répond à un besoin biologique fondamental. Il s'agit d'un besoin primaire. C'est-à-dire qui n'est dérivé d'aucun autre. Aussi à partir de la théorie de l'attachement, il a été prouvé que, l'apparition du sourire dès l'âge de 3 à 4 semaines était plus précoce qu'on ne le pensait. Ce qui, établissait déjà une communion, une communication entre l'enfant et sa mère.

Pour l'enfant qui ne peut se déplacer, le sourire constitue un contact à distance, un appel.

C'est l'équivalent moteur, fonctionnel de la "conduite de suivre" qu'on observe chez les animaux.

Pour prendre à contre-pied "la méta psychanalyse" freudienne sur l'affectivité ou l'amour maternel, deux chercheurs à savoir (Harlow,1958) et (Bowlby,1958), vont simultanément et indépendamment commettre, deux articles convergents en ce qui concerne la relation précoce du bébé avec son environnement humain. Ces articles auront une conséquence sur la prospérité de la théorie secondaire de Freud.

Dans son article *nature of love*, (Harlow, 1958), démontre pour la première fois que, dans l'établissement des liens d'affection enfant et mère, la satisfaction des besoins de nourriture n'a pas de rôle primordial qui lui est d'habitude attribué. Chez le nouveau-né, le besoin de contact, la recherche de la proximité avec la mère prime sur la faim. Autrement dit, dès la naissance, l'amour ne s'alimente pas essentiellement de lait. Cette découverte a été faite à partir des observations sur les singes.

Cependant, cette découverte faite à partir des observations sur les singes vaut-elle aussi pour l'enfant humain ?

(Bowlby, 1958) dans son article *attachement and loss*, se donne comme objectif d'opérer une critique et un dépassement théorique de la théorie secondaire. C'est pourquoi il propose de rejeter l'expression de dépendance émotionnelle avec ce qu'elle implique, et lui substituer le terme attachement.

L'attachement désigne un lien affectif d'affection spécifique d'un individu avec un autre. Le premier lien est établi en général avec sa mère mais, il peut aussi s'accompagner d'attachement avec d'autres individus. Il n'est pas relatif comme la dépendance aux exigences d'une situation. Il n'implique pas nécessairement une immaturité. Tout en étant en accord avec ses prédécesseurs, (Bowlby, 1958) va reconnaître l'existence des besoins primaires, indispensables à satisfaire. Il distingue cependant que, en plus de ceux déjà identifiés comme primaires, il existe un de plus, qualifié jusqu'à présent de secondaire : c'est le besoin d'attachement.

L'originalité du chercheur consiste, en s'appuyant sur l'expérimentation à émettre l'hypothèse que, le besoin d'attachement est lui aussi primaire. C'est-à-dire qu'il ne dérive d'aucun autre ou n'est greffé sur un autre. Il est fondamentalement donc dans le développement de la personnalité dans la mesure où, si l'on veut comprendre comment l'enfant se développe, c'est par la manière dont il est traité pendant toute son enfance en tant qu'être qu'il faut le considérer et non pas seulement la relation de nourrissage des premiers temps.

La théorie de l'attachement aura pour objectif, de démontrer que, le bébé est génétiquement prédisposé à avoir des réactions. En effet, le nouveau-né peut répondre aux signaux qui émanent de l'organisme et de l'environnement. Ces réactions ont pour but fixe d'assumer la proximité avec un individu particulier, la mère.

Dans le prolongement des travaux de (Bowlby, 1958), il y'a d'autres chercheurs tels (Ainsworth, 1977,1978), (Winnicott, 1978).

(Ainsworth, 1978), se situe en droite ligne des travaux de (Bowlby, 1958). *Si* ce dernier s'est intéressé particulièrement aux besoins d'amour exprimé par le bébé, Ainsworth aura pour préoccupation principale, comment la mère répond aux besoins de son enfant et le type d'attachement.

Elle constatera par exemple qu'une réponse rapide aux pleurs du bébé en le prenant dans ses bras a un effet bénéfique sur l'enfant.

Avec le paradigme de la situation étrange, (Ainsworth, al. 1978) vont démontrer que les conduites d'attachement se manifestent par la recherche de la proximité et de maintien et du contact, par les conduites d'évitement et de résistance au contact de la mère par les épisodes de pleurs.

Ainsworth à partir du paradigme de la situation inhabituelle va dégager quatre types d'attachement qui découlent de la séparation et du retour entre la mère et son bébé :

- Le type A : attachement non sécurisé/évitant ou indifférent.
- Les mères du type A ont été peu sensibles aux besoins de l'enfant et les enfants ont appris à éviter le contact avec leur mère. Les enfants manifestent une certaine indépendance en ne montrant pas de perturbation particulière. Ils utilisent peu leur mère comme base de sécurité et se livrent à des activités d'exploration.
- Le type B : attachement sécurisé
- L'enfant recherche la proximité et le contact. La mère est la base de sécurité quand elle est présente. L'enfant proteste lors de la séparation et accueille chaleureusement son parent au retour avec recherche manifeste de contact.
- Le type C : non sécurisé / ambivalent ou résistant
- Les mères du type c ont été peu sensibles ou inconstantes dans leurs réponses aux besoins de l'enfant. Étant incertain des réactions du parent, l'enfant se met en colère ou refuse le contact.
- Le type D : non sécurisé / désorganisé ou désorienté.

Cette forme d'attachement est fréquente en cas de maltraitance de l'enfant. Le bébé manifeste une appréhension au retour du parent comme s'il était effrayé. (Main, 1991), dans

cette situation, le bébé ne parvient pas à concilier le fait que, la mère soit à la fois source de réconfort et de peur.

Ces types d'attachement décrit par la chercheuse montrent que, le type d'attachement est lié à la qualité des soins que la mère apporte à son enfant. Et par ricochet, la manière de prendre soin de l'enfant influence le comportement de l'enfant. Ces comportements peuvent être durables et influencer la personnalité de l'enfant.

Pour (Tsala Tsala, 1997), qu'elle soit adaptée ou non, les réactions de la mère ont tendance à être efficaces. Elle fait cesser les pleurs de l'enfant. Quand la mère prend l'enfant dans ses bras, elle interrompt ses pleurs dans 80% des cas au cours du premier trimestre et de 84% au cours du 4^e trimestre.

(Winnicott, 1995) a apporté sa pierre à la compréhension des relations précoces entre le bébé et sa mère en y accordant une importance particulière. Le chercheur identifie trois fonctions maternelles indispensables pour le développement harmonieux de l'enfant : l'objet presenting, le holding et le handling.

❖ **L'objet presenting (la présentation de l'objet)**

La mère présente au bon moment permet à l'enfant de lui attribuer une existence réelle mais aussi d'éprouver l'illusion qu'il crée l'objet. Il faut l'expérience d'omnipotence autrement dit, de sa toute puissance.

❖ **Le holding (le fait de tenir, contenir)**

La mère qui soutient l'enfant par ses soins, sa protection, ses bercements...a un rôle de pare-excitation. C'est-à-dire qu'elle lui permet de tempérer des excitations dont l'intensité trop importante dépasserait ses capacités d'y faire face. Cette fonction fondamentale dans l'intégration du moi qui trouve ainsi couplée, avec le développement sensori-moteur, des repères simples et stables qui apprend à reconnaître ce que l'enfant ressent (la faim, le froid de l'inconfort de la couche).

❖ **Le handling (la manipulation physique du bébé)**

Les soins prodigués au bébé participent à ce qu'il puisse constituer une intériorité et des limites corporelles. C'est la manière de traiter le bébé, le manipuler, le soigner.

Le holding et le handling lorsqu'ils sont bien assurés de manière satisfaisante et régulière, l'enfant est préservé et sa maturation est alors possible. C'est dans ce sens que (Winnicott, 1982) parle de mère suffisamment bonne. Pour lui, la relation mère-enfant au

cours de l'évolution des processus de maturation va évoluer en trois grandes phases dans la première enfance :

- La phase de dépendance absolue aux soins maternels, elle correspond aux 5 premiers mois. À ce stade, l'enfant est en fusion avec sa mère ; et plus celle-ci comprend exactement les besoins de son enfant, mieux cela vaut.
- La phase de dépendance relative, elle s'étend entre le sixième mois et la fin de la première année.
- La phase de l'indépendance. L'enfant affronte progressivement le monde.

Les travaux sur l'attachement ne se sont pas figés exclusivement sur la personne de la figure maternelle. C'est-à-dire à la dyade mère-enfant. Les recherches se sont étendues à la relation à trois, c'est-à-dire à la triade, (Tremblay-Leveau & Nadel 2005).

Les travaux de (Le Camus, 2000), montrent que dans la triade, le père est également une figure d'attachement. En effet le père joue un rôle important dans la construction et le développement de l'enfant. Une bonne image du père, dans l'esprit de l'enfant lui permettra de jouer son rôle de façon satisfaisante. Une participation plus grande aux soins dès le premier âge facilite pour l'enfant la reconnaissance précoce d'une bonne image du père. Par ailleurs, le père aide l'enfant à construire sa personnalité par un comportement différent mais complémentaire de celui de la mère.

Dès le premier âge, le père provoque un éveil plus rapide, une sociabilité plus ouverte, une maîtrise du langage précoce. Autrement dit, l'absence du père ou sa marginalisation entraînera souvent un déséquilibre chez l'enfant selon Le Camus.

(Le Camus, 2000) adopte ainsi une posture différente des autres chercheurs. Il remet en question la position de (Winnicott, 1995), selon laquelle, il dépend de la mère que le père en vienne à connaître son bébé.

Pour (Le Camus, 2000) ce sont les théories psychologiques qui ont réduit le rôle concret du père dans la mesure où, on a abondamment étudié les interactions mères-enfants mais, beaucoup plus rarement celles du père et de l'enfant. Toutefois, depuis quelques années, le père apparaît aussi bien plus qu'un représentant de l'autorité. Sa présence précoce dans les premiers mois de l'enfant, semble jouer un rôle important dans plusieurs domaines : l'ouverture au monde, l'éveil des compétences, et le développement moteur. (Le Camus, 2000) offre un éclairage précieux sur le rôle du père. Le chercheur affiche clairement son désir de voir la société donner plus de grande place au père dès la naissance de l'enfant et à égalité avec la mère mais, en lui laissant sa spécificité de parent masculin.

3.1.3. La théorie contextuelle avec Riegel et Valsiner

Si nous sommes d'accord de l'universalisme du lien mère- enfant, son déroulement quant à lui n'est pas uniforme dans l'espace et dans le temps.

La théorie contextuelle fait partie de ce que (Thomas & Michel 1997), appellent nouvelles tendances bien qu'elles ne soient pas nouvelles en tant que telle. Cette approche contextuelle a été développée en vue d'améliorer les modèles existants qui, selon les théoriciens de cette approche, reflètent mal la complexité du développement humain. La théorie contextualiste est illustrée par les travaux de (Riegel, 1997) et ceux de (Valsiner, 1997) sur l'approche historico-culturelle.

L'hypothèse qui sous-tend ces conceptions théoriques est que, les comportements coutumiers et les schèmes de personnalité de l'enfant sont, dans une très large mesure, façonnés par divers environnements dans lesquels il évolue. Ces théories contribuent à faire progresser la psychologie non seulement par leurs apports académiques, mais parce qu'elles sont aménagées en vue de lui garantir un développement harmonieux. La psychologie contextualisée reflèterait mieux la nature du développement humain ainsi que le monde réel des enfants.

Même si elle n'a rien d'innovateur, le contextualisme a pour hypothèse de base qu'il existe un processus d'interaction entre l'enfant en tant qu'organisme psychologique, et son environnement physique et social. Cette notion d'équilibre entre une personne et un contexte constitue tout l'intérêt de cette nouvelle théorie.

Dans le contextualisme, les changements développementaux sont une conséquence des rapports réciproques (bidirectionnels) entre un organisme actif et un contexte actif, (Thomas & Michèle, 1997). Comme le contexte change l'individu, celui-ci change le contexte. Ainsi donc, en organisant l'une des sources qui lui permet de se développer en étant à la fois produits et agents de l'environnement, les individus affectent leur propre développement.

3.1.4. La théorie dialectique de Riegel

(Riegel, 1997), recourt au procédé dialectique général pour expliquer, le mécanisme du développement humain. Il a d'abord estimé que, les événements qui surviennent dans la vie d'un enfant et contribuent à son développement seraient perçus à la lumière de quatre dimensions à savoir : la dimension biologique intérieure, psychologique individuelle, sociologique culturelle et physique extérieure.

Pour décrire les mécanismes d'interaction qui mènent à des changements dans le développement, (Riegel, 1997), pense qu'une interprétation dialectique du développement

implique que les interactions entre ces progressions d'évènements ne sont pas toujours coordonnées, ni synchronisées. À chaque fois que ces interactions sont déphasées ou contradictoires, il y'a conflit ou crise. Dans cette conception dialectique, c'est l'incompatibilité et la tension existant entre interaction et contradictoires qui provoque une progression rapide dans le développement. C'est au cours de l'évolution des actions et des pensées de coordination et d'intégration que la synchronie se forme et, de ce fait, que le progrès s'accomplit. Dans la théorie de (Riegel, 1997), le développement consiste donc en modification qui affecte une dimension qui crée elle-même des conflits dans d'autres dimensions. Ce qui nécessite une nouvelle synthèse des quatre facteurs pour parvenir au développement.

De ce qui précède, (Riegel, 1997) met en garde les psychologues traditionnels, afin qu'ils évitent de mettre en valeur les entités figées du développement, telles que des traits de caractères, des capacités, des aptitudes techniques et des motivations secrètes. Il soutient que l'accent devrait plutôt être mis sur les interactions concrètes qui interviennent au cours des activités quotidiennes de l'enfant, car c'est que s'effectue en permanence les opérations dialectiques. Pour cela, il faut réviser les méthodes de recherches usuelles si l'on désire mener des investigations aux moyens du paradigme contextualiste et dialectique. La recherche sur des situations réelles sur des environnements *in situ* car, les différences d'environnement social d'une époque à l'autre peuvent être plus significative que les facteurs de maturation considérés dans le passé comme seuls déterminant des caractéristiques de l'enfant, (Riegel, 1997). Donc, le processus de développement est la résultante du jeu d'interaction entre plusieurs variables jouent un rôle déterminant dans le processus.

Les critiques de la théorie de (Riegel, 1997) pensent que, dans cette théorie, il est malaisé de bien discerner quelle dimension de la vie de l'enfant est concernée par un évènement ou une influence donnée. Toutefois, nous pensons que, c'est au chercheur de trouver cette dimension, de montrer l'influence d'une donnée sur le développement de l'enfant.

3.1.5. La théorie historico-culturelle de Valsiner

(Valsiner, 1997) pense que sa théorie s'est développée à l'intérieur du cadre de référence socio-écologique de l'individu. Tandis que, la majorité des théories psychologiques sont bâties du point de vue du système de référence inter-individuel, (Valsiner, 1997). Par ailleurs, selon lui, l'enfant et ceux prennent soin de lui sont engagés dans des processus de négociations constantes qui font intervenir différentes limites dans leurs relations réciproques et aussi dans leurs rapports avec l'environnement global. L'enfant, participe de façon active

dans le processus de croissance. Bien qu'il accorde peu d'importance aux capacités, aux attitudes ou aux compétences, il consacre son étude aux interactions nées de l'enfant et de son environnement. Interactions qui sont à l'origine de certains aspects de la personnalité apparemment persistant. Loin d'instaurer un ordre présumé stable de développement, il préfère mettre l'accent sur des aspects dynamiques et changeants des processus de croissance. Pour (Valsiner, 1997), il n'existe pas de ressemblance entre les enfants, ni d'uniformité chez un enfant donné car, selon les lois générales du développement, tant d'un enfant à l'autre qu'à l'intérieur d'un même enfant, il y'a variabilité de comportement et de pensée. Donc, chaque enfant au cours du développement est un organisme en corrélation avec son environnement et a donc valeur de loin par lui-même. La théorie de (Valsiner, 1997) s'articule, autour de l'hypothèse selon laquelle, l'ensemble des expériences que peut faire l'enfant est déterminé par l'environnement dans lequel il évolue, minute par minute, jour après jour, et que la nature de cet environnement est en grande partie contrôlée par ses parents, ses aînés. C'est parce que, la succession des environnements rencontrés par un enfant diffère totalement de celle d'un autre enfant qu'il y'aura des dissemblances outre leurs développements respectifs.

(Valsiner, 1997) pense qu'il faut utiliser les instruments « meilleurs » que les méthodes traditionnelles couramment utilisées en psychologie du développement, à savoir, les tests de niveau et d'aptitude, les expériences de laboratoire, les traitements statistiques d'un groupe donné. De telles techniques sont inadéquates pour retrouver les conséquences qu'on a pu avoir sur le développement de l'enfant des environnements sans cesse fluctuant. Pour cela donc les méthodes de recherches, les mieux adaptées à l'analyse contextuelles sont : "arrangés" par ceux qui prennent soin d'eux et qui sont des produits de l'histoire culturelle d'une société particulière.

(Thomas & Michel 1997) pensent que, la théorie contextuelle de Valsiner propose une perspective d'interprétation nouvelle du développement de l'enfant. Son influence se fait sentir dans l'étude du développement de l'enfant au sein des contextes culturels spécifiques comme le témoignent les deux derniers ouvrages qu'il a publiés : *child development in cultural within culturally structured environments et child development in cultural context* (p.148)

La théorie de l'attachement nous permet de cerner les premiers liens entre un enfant et sa mère en mettant en relief les moyens de médiatisations entre les deux à savoir : les pleurs, les sourires, le regard, les vocalisations. Quant à la théorie d'Erikson, nous sommes en droit de nous dire que, la naissance est une crise. C'est-à-dire une période sensible et délicate dans le développement de l'enfant, et c'est à travers les soins que l'enfant reçoit qu'il entre en contact

avec le monde et forge également sa personnalité. Par ailleurs, la théorie contextuelle nous permet de montrer que les naissances et les interactions dans la dyade mère-enfant sont liées à un contexte particulier et spécifique "arrangé" par les adultes qui prennent soin de l'enfant. Néanmoins le paradigme du "visage impassible, nous permettra d'entrer davantage dans l'exploration de notre objet de recherche sur les interactions précoces. Il nous faut aller des métathéories pour les micros théories.

3.1.6. Le paradigme du visage impassible, "STILL FACE"

Un paradigme est l'ensemble de valeurs et techniques communes aux membres d'une collectivité scientifique qui permet d'avoir une perspective de la réalité et des événements, (Fortin, 1996).

Le paradigme du visage impassible a été élaboré par (Cohn & Tronick 1978), faisant suite aux précédents travaux de (Tronick & Brazelton (1978), (Lehalle 2005), montrent que, la sensibilité aux associations typiques entre les signaux qui composent la communication a été testée avec le paradigme du "visage impassible. Il s'agit d'une expérimentation provoquée où l'objectif est d'observer chez un bébé de quelques semaines les réactions pendant 3 minutes après un moment d'interactions avec sa mère à qui on a demandé d'avoir un visage impassible, inexpressif, non souriant, où il est interdit de répondre aux sollicitations du bébé. On voit ainsi se désorganiser le comportement du bébé sur le moment. Il y'a plusieurs étapes du "visage impassible" pour un bébé de 2 mois et demi quand, sa mère entre dans la pièce :

- Le bébé lève les yeux vers sa mère esquisse, un sourire, voit le visage impassible de sa mère et détourne son regard sur le côté. Face à cette situation, le bébé reste immobile et sérieux.
- Il cherche à entrer en communication avec sa mère, son regard se dirige de nouveau vers sa mère, paupière et sourcils relevés, ses bras et mains commencent à se diriger vers sa mère, mais devant l'impassibilité de cette dernière, l'enfant fini par ne plus la regarder, il se replie complètement sur lui-même, s'affaisse et devient hypotonique, son visage se crispe.

Cette expérimentation met en évidence les comportements actifs du bébé aux séquences d'interaction et l'apport essentiel de la réciprocité des mères. Ces réponses montrent clairement que, le bébé attend une réponse maternelle et en l'absence de celle-ci, il se désorganise. En d'autres termes, cela démontre dans l'esprit des auteurs à la fois, la vulnérabilité et la force de l'attente des bébés par rapport à la mère ou de manière générale par rapport au partenaire avec qui il ont l'habitude d'interagir.

La désorganisation corporelle du bébé par la tonicité peut être interpréter comme une réponse au comportement paradoxal de la mère. C'est-à-dire bien que, présente devant le bébé et, lui indiquant une certaine disponibilité, elle ne répond pas au message qu'il émet, ces réactions sont observées sur des bébés de 2 mois, et de 5 mois. Ils finissent par rire brièvement pour faire rire leur mère et modifier leur comportement.

Pour (Lehalle & Mellier 2002), cette condition extrême de non-respect de la contingence interactionnelle provoque, chez le bébé, une augmentation des évitements du regard, une diminution franche de sourire. Par ailleurs d'après cette expérimentation, les réactions du bébé sont du même type quel que soit la culture et les personnes impliquées : la mère, le père ou un non familier. Ces réponses au visage impassible suggèrent que, les bébés n'apprécient pas que, les adultes n'interagissent pas avec eux.

De ce qui découle, (Lebovici, 1985) montre qu'il existe chez les bébés dès leur deuxième mois, des traces mnésiques concernant l'interaction qu'ils ont avec leur mère et leurs attentes seraient fondées sur ces traces.



DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

CHAPITRE 4 : MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Une recherche qui se veut scientifique doit clairement définir sa méthode. Selon (Grawitz, 2000) une méthode « *est le moyen par lequel le chercheur parvient à un aspect de la vérité, de répondre à la question comment* » ? Dans ce chapitre nous déterminerons nos variables et indicateurs afin d'établir le tableau synoptique de nos observables. Ensuite après avoir fait le rappel de nos hypothèses, nous présenterons le cadre et le site de l'étude, suivi de notre population d'étude et de l'échantillon. Nous présenterons également notre instrument de collecte des données, la procédure d'enquête enfin nous présenterons les difficultés rencontrées sans omettre de présenter notre méthode d'analyse. Tel sera l'objet de notre deuxième moment de notre travail de recherche.

4.1. Justification du choix méthodologique

Les recherches non expérimentales sont très courantes en sciences sociales, elles exigent une observation de la réalité

Notre étude étant une recherche non expérimentale, c'est-à-dire que nous n'avons pas manipuler la variable indépendante et créer les situations d'observation. Nous ne pouvons qu'observer les faits sans contrôle sur le stimulus, ni en conséquence sur la création des groupes dits stratégiques (expérimental ou de contrôle).

4.2. Rappel des hypothèses

HYPOTHÈSE PRINCIPALE

Les interactions entre un nouveau-né et sa mère dépendent du contexte dans lequel la dyade se trouve. **HR1** : Il existe une différence significative dans les interactions entre les dyades en captivité et celles en liberté.

HR2 : Les interactions mère- enfants dans les dyades en captivité s'améliorent une fois sortie de l'hôpital

4.3. Définition des variables

(Mace & Petry 2010) : une « *variable est un regroupement logique d'attribut ou de caractéristique qui décrivent un phénomène observable empiriquement* » (p. 41). C'est un ensemble d'évènements élémentaires et probables exprimés par des nombres réels.

Pour (Angers, 1996), une variable est une composante d'une hypothèse qui varie. C'est un élément de l'hypothèse à laquelle on peut attribuer une valeur quelconque. C'est une caractéristique de personne, d'objet ou de situation liées à un concept pouvant prendre diverse valeur

Dans le cadre de notre travail, nos variables indépendantes sont :

- L'environnement hospitalier,
- L'environnement familial.

Pour ce qui est des variables dépendantes sont des observables regroupés en :

- En attitude générale,
- Attitude visuelle,
- Attitude corporelle,
- Attitude faciale,
- Attitude vocale,
- Et aux réactions sollicitant la verbalisation de la mère et à l'environnement familial.

4.4. Population d'étude et présentation du site de recherche.

4.4.1. Lieu d'étude.

L'Hôpital Général Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé est né de la volonté des gouvernements camerounais et chinois d'améliorer de manière significative les prestations de soins de santé en faveur de la Femme, de la Mère, de l'Enfant.

L'Hôpital Général Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé se trouve dans l'arrondissement de Yaoundé 5, plus précisément dans le quartier Ngousso. Le 28 mars 2002, cette institution hospitalière a été inaugurée solennellement par le Président de la République du Cameroun en présence du vice-ministre chinois de la santé. Les activités de soins ont débuté par des consultations extérieures le 1^{er} avril 2002. La durée du séjour moyen est de 5 jours. la capacité d'accueil était de 20 lits.

4.4.2. Les services et missions de l'hôpital général obstétrique et pédiatrique de Yaoundé

Les différents services que l'Hôpital Obstétrique offre sont :

- Anesthésie,
- Otorhinolaryngologie,
- -Ophtalmologie,
- -Odontologie-stomatologie
- -Obstétrique (consultations prénatales et maternité)
- -Gynécologie et Spécialités surtout oncologie-gynécologique,
- Acupuncture,
- Chirurgie pédiatrique,
- Anatomopathologie,
- Les laboratoires de bio-chimie,
- Diététique, Nutrition,
- Cardiologie,
- Radiologie et imagerie médicale,
- Physiothérapie,
- Pharmacie occidentale classique et chinoise,
- La Morgue.

Les missions principales dévolues à L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé sont :

- Soins de haut niveau,
- Formation et support pédagogique aux institutions médicales et para-médicales du Cameroun,
- Recherche surtout opérationnelle et Appliquée.

4.4.3. Site de l'étude : le service de néonatalogie

Le service de néonatalogie est la structure dans laquelle s'est déroulée notre étude. C'est l'un des dix-sept services qu'offre l'H.G.O.P.Y. Cette structure nous a offert le privilège de réaliser notre recherche, mais surtout nous aura servi de « laboratoire » d'analyse de la problématique des interactions entre une mère et son enfant en situation de captivité dans une institution hospitalière.

4.4.4. Population et méthode d'étude

4.4.4.1 Population d'étude

La population d'étude ou population de référence selon (Mucchielli, 1984) : « *est l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête. C'est dans un univers que sera découpé l'échantillon* ». Pour (Rongere, 1976) l'univers ou « population d'enquête » est le nombre total d'unité ou d'individus qui peuvent entrer dans le champ de l'enquête et parmi lesquels sera choisi l'échantillon.

La recherche sur nos dyades mère-enfant s'est déroulée sur trois mois de juin à août 2012. Nous avons d'abord pris contact avec les autorités de l'hôpital puis avec les médecins et infirmiers pour leur expliquer de manière plus complète notre démarche.

4.4.4.2. Les critères de sélection

4.4.4.3. Critères d'inclusion

Pour cette étude nous avons retenu les nouveau-nés :

- Ayant séjournés avec leur mère entre 1 semaine et trois mois à l'hôpital à l'effet d'observer la régularité des interactions précoces entre la mère et l'enfant.

4.4.4.4. Critères de d'exclusion.

Nous avons fait le choix de ne pas suivre les dyades dont le séjour à l'institution hospitalière allait à plus de trois mois. Parce que le temps imparti à notre stage arrivait à sa fin.

4.4.4.5. La population cible et accessible.

Notre population cible et accessible est l'ensemble des dyades mères-enfants de l'Hôpital Général Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé.

4.4.4.6. Présentation de la population.

Notre choix quant à la comparaison de nos dyades à travers la méthode de l'observation s'est fait à travers un groupe témoin et un groupe expérimental et dans l'intra-groupe. C'est-à-dire à l'intérieur du groupe d'étude. Le groupe témoins est composé essentiellement des dyades libres ayant séjourné pendant 5 jours à l'hôpital. Tandis que le groupe d'étude est composé des dyades dont les mères sont en captivité à l'hôpital.

Dans le groupe témoin, comme dyades à observées nous avons :

- ELIB1 et MLIB1 (enfant en liberté et sa mère)
- ELIB2 et MLIB2
- ELIB3 et MLIB3
- ELIB4 et MLIB4.

Toutes ces dyades sont restées à l'hôpital pendant 5 jours. Ces dyades sont restées presque inséparables tout au long de la durée du séjour. Durant ces 5 jours les nouveau-nés ont bénéficié sans cesse des soins multiformes et de l'attention de leur mère : qu'il s'agisse de la nutrition, des sourires, du portage ou contacts physiques, des échanges verbaux (verbalisation) ou dialogues.

Dans le groupe d'étude nous avons :

- ECAP1 et MCAP1 (enfant en captivité et sa mère), plus 3 autres nourrissons qui n'avaient pas encore des noms. Pour cette raison, nous leur donnons comme noms de code respectivement :
- ECAP2 et MCAP2,
- ECAP3 et MCAP3,
- ECAP4 et MCAP4.

Cap signifie captivité.

Les nouveau-nés dont les mères étaient en captivités parce que insolubles, bénéficiaient très peu des soins et de l'attention de la part leur mère. Au service de néonatalogie, on a tôt fait de trouver à ces dyades une autre salle que celle réservées aux mères qui étaient en règle. Les échanges multiformes entre les mères et leur bébé étaient moins chaleureux et moins riches contrairement aux dyades témoins. Samantha et cap1 ont séjourné pendant 2 semaines à l'hôpital. Par contre cap2 et cap3 ont fait respectivement 2 et 3 mois à l'hôpital.

Pour mener notre recherche, les mères des dyades en captivité ont été informées et contactées à travers les infirmiers chargés de leur garde pu être contactées parce qu'elles étaient nerveuses, colériques prompt à se fâcher.

4.4.4.7. La situation d'observation et protocole

Nous avons réalisé une observation directe des interactions entre les mères et leurs enfants durant le premier trimestre de vie, selon un protocole bien déterminé, afin de comparer et d'analyser l'évolution des interactions au sein des dyades. Nous étions accompagnés des infirmiers et habillé d'une blouse blanche.

Cette étude s'est déroulée à l'hôpital puis au domicile des parents pour observer les partenaires de la dyade dans les échanges dans un cadre familial et installés le plus confortablement possible.

Notre étude se compose donc de huit dyades repartis en deux groupes :

- Quatre dyades mères / nouveau-nés en captivité observées pendant trois mois.
- quatre dyades mères / nouveau-nés en liberté observées également pendant trois.

Les comparaisons ont été faites à trois niveaux :

- À l'hôpital,
- À la maison,
- Sur la durée du séjour à l'hôpital, le séjour minimal allant de 2 semaines et le séjour maximal à trois mois.

Pour les dyades en captivité :

Nous avons observé 2 dyades ayant séjournées pendant 2 semaines à l'hôpital et la 3^e semaine à la maison.

- 1 dyade ayant séjournée pendant 2 mois à l'hôpital et le 3^e mois à la maison.
- 1 dyade ayant séjournée pendant 3 fois à l'hôpital et le 4^e mois à la maison.
- En ce qui concerne les dyades libres nous avons observée pendant 3 jours à l'hôpital et 3 jours à la maison à savoir mardi, jeudi, samedi.
- À l'hôpital, les observations se sont faites 3 fois par semaine. C'est -à-dire chaque lundi, mercredi, et vendredi soit 96 rencontres en trois mois pour les dyades en captivité et 24 rencontres pour les dyades libres. Le même canevas a été respecté à la maison. Par conséquent nous avons pour les dyades en captivité :

- ✓ **RENCONTRE 1 (R1) :** 2 semaines. Soit 6 rencontres à l'hôpital et 6 à la maison ce qui fait 12 rencontres pour les 2 premières dyades.
- ✓ **RENCONTRE 2 (R2) :** 2 mois. Soit 36 rencontres, pour 24 à l'hôpital et 12 à domicile
- ✓ **RENCONTRE 3 (R3) :** 3 mois. Soit 48 rencontres dont 36 à l'hôpital et 12 à la maison.

Pour les dyades libres :

- ✓ **RENCONTRE 1 (R1) :** 5 jours. Soit 3 rencontres à l'hôpital et 3 à domicile pour un total de 6 x 4, donc 24 rencontres.

Des grilles d'observation ont été élaborées pour chaque dyade. En plus de cela des entretiens ont eu lieu avec toutes les mères à la maison.

Les interactions précoces entre les nouveau-nés et leur mère ont été décrites et comparées dans le cadre des grilles d'observation à la fois à l'hôpital et à la maison.

À chaque rencontre, une procédure identique a été appliquée en 3 phases :

- **Phase 1 de contact.**

Il s'agit après l'accouchement de la prise de contact entre le bébé et sa mère qui dure plus de plus de 10 minutes chez toutes les dyades sans distinction. Durant ces 10 minutes, il s'établit un véritable cadre communicationnel. Les mères et leurs enfants interagissent sans difficultés et de façon naturelle. C'est notre présence à ces premiers échanges que nous que nous avons dans cette phase 1.

- **Phase 2 prise de notes.**

Pendant près de 30 minutes nous prenons des notes en rapport à nos observables lors des échanges.

Avec les dyades témoins nous avons la possibilité d'observer pendant plus de 30 minutes mais, avec les dyades d'études l'observation se faisait de façon discrète dans leur salle d'insolvables.

- **Phase 3.**

Nous avons eu l'opportunité d'observer des moments privilégiés entre les mamans et leurs bébés, notamment au moment des repas ou de l'alimentation, lors des changements des couches. Cela nous a permis d'observer les dyades dans des conditions naturelles.

Entre temps il était possible pour nous en ce qui concerne les dyades libres de prendre contact avec les mères pour continuer nos observations à la maison. Pour les dyades en captivité, nous avons plutôt pris contact au moment de leur libération.

- **Phase 4 au sein du domicile familial.**

Pour mieux comparer et avoir une idée précise sur l'influence de l'environnement hospitalier sur les dyades selon qu'on soit en captivité ou non, nous nous sommes rendus dans les domiciles respectifs de chacune des dyades.

Toutes les dyades se sont montrées coopératives et désireuses de discuter avec nous. Ce qui n'était pas le cas des dyades en captivité lorsqu'elles étaient retenues à l'hôpital.

Au cours de nos rencontres nous avons pu discuter autour du lien entre les interactions et l'environnement hospitalier ou encore des difficultés qu'elles avaient rencontrées.

4.4.4.8. Le matériel

Nous avons utilisé du papier et du crayon. Nous n'avons pas pu utiliser la vidéo parce que les mères ont refusé. Pourtant selon Le camus (1985, p. 139) seule l'analyse des enregistrements par caméra permet de « suivre le dialogue comportemental (sur un couple interactionnel) c'est-à dire la simultanéité ou la succession des comportements communicatifs.

5. Outils d'analyse

5.1. Les grilles d'observation

5.1.1. Élaboration de la grille d'observation

Observer est un processus incluant l'attention volontaire, orienté et dirigé par un objectif pour recueillir des informations. Nous avons opté pour une observation systématique ou armée au cours de laquelle, nous avons déterminé les comportements que nous allons étudier et les dimensions des comportements ceci en fonction de notre objectif et de notre hypothèse de recherche. Nous nous sommes référés à la grille d'observation du comportement néonatal élaboré par (Brazelton & Hurtig, 1976). Notre observation s'est basée sur des critères préalablement définis. Cette grille d'observation nous donne des possibilités en ce qui concerne l'analyse des comportements en nous permettant de savoir qui et quoi observer et quand ?

5.1.2. Les modalités de recueil

À chaque rencontre, les interactions mère-enfant sont observées et analysées à l'aide de grilles d'observation. Ces grilles servent de support d'observation et sont remplies bien après avoir consigné nos observations dans un cahier.

L'utilisation des grilles nous permet d'observer les comportements de la mère et de l'enfant lors de leurs interactions mais aussi et surtout l'évolution des comportements des enfants dont les mères étaient en captivité au fur et à mesure de nos rencontres.

5.1.3. L'observation des interactions mère-enfant.

Trois feuillets nous permettent de décrire les interactions mère-enfant.

- Feuilleton du nouveau-né et celui de la mère libre et celle en captivité.

Ce feuilleton permet de rendre compte de l'attitude générale du bébé lors des interactions. Nous pouvons ainsi décrire les attitudes visuelles, corporelles, faciales, vocales et les

réactions de la mère face aux sollicitations du bébé ainsi l'attitude intentionnelle de la mère quant aux sollicitations du bébé. Le feuillet du bébé explore les mêmes domaines que chez la mère.

La première grille permet d'observer les modalités de la communication. Elle est fondée sur les interactions comportementales et affectives.

Les interactions comportementales concernent :

- Les interactions corporelles, qui se rapportent à la façon dont le bébé est tenu et touché, la manière dont il réagit. Elles reflètent le « dialogue tonique », la fréquence d'utilisation du toucher, du contact corps-à-corps.
- Les interactions visuelles, qui concernent les regards échangés par la mère et le bébé les attitudes visuelles montrant l'importance du regard dans l'interaction.
- Les interactions verbales et vocales (verbalisation et vocalisation), qui concernent les productions vocales du bébé (cris, pleurs) lui permettant d'exprimer ses besoins et ses affects, ainsi le discours que la mère à son bébé, et la manière dont chacun des partenaires s'ajustent aux productions verbales ou vocales de l'autre.
- Le feuillet d'accordage entre les deux partenaires. Ce feuillet s'intéresse à la réciprocité des interactions, il détermine :
 - La continuité des interactions : elles sont dites continues lorsqu'elles s'accompagnent de pauses favorables à la reprise et sont prévisibles. Elles sont dites discontinues lorsqu'apparaît une rupture dans l'échange.
 - La richesse : elle concerne la qualité des échanges interactifs. Les interactions sont définies par quatre objectifs : pauvre, plutôt pauvre, plutôt riche et riche.
 - L'ajustement des deux partenaires qui correspond à la conjonction d'actions et d'attention de la mère et de l'enfant vers une activité commune. Ce caractère est défini ici par quatre modalités : jamais, parfois, souvent, très souvent.

Cette grille permet donc de relever s'il existe une prédominance de certaine lors des moments d'échanges visuels, corporels, et vocaux. Il s'agit de faire un lien entre le comportement de la mère et celui du nouveau-né selon qu'ils soient en captivité ou non.

5.1. Analyse descriptive

Dans cette section de notre travail, on a essayé tant bien que mal de décrire la relation entre le contexte et l'interaction mère-enfant. Pour cela, on s'est servi des moyennes obtenues par les

participants sur chacune des dimensions de l'interaction mère-enfant. Ces moyennes ont été calculées à partir de scores, eux-mêmes après codification des informations contenues dans les grilles d'observation utilisées à cet effet. Plus précisément, la codification consistait à transformer les symboles contenus dans la grille d'observation en scores. Par exemple +++ = **4** = **comportement** très fréquent ; ++ = 3 = comportement fréquent ; +- = **2** = comportement peu fréquent - - = **1** = comportement absent (voir annexe).

-

5.1.4. La cotation des grilles

Pour compléter les grilles il suffit soit, d'entourer l'item que l'on juge le plus adapté à l'attitude du bébé et de sa maman, soit de coter le comportement observé grâce à un système de croix. Nous avons opté pour le système de croix.

✓ +++ pour un comportement très fréquent = 4

✓ ++ pour un comportement fréquent = 3

✓ +- pour un comportement peu fréquent = 2

✓ - - pour un comportement absent = 1

Il s'agit donc d'une cotation qualitative.

La grille liée à celle des mères se remplit de la même façon que celle des enfants.

6.1. Traitement des données

Nous avons effectué une analyse de nos données grâce aux grilles décrites plus haut pour déterminer les significations des événements interactifs et communicatifs du bébé et de sa mère. L'intérêt est alors de montrer l'influence du contexte être captif à l'hôpital et surtout de leur impact sur l'évolution dynamique des interactions dans la dyade mère-enfant. Nous avons relevé des phénomènes comportementaux, langagiers, émotionnels significatifs afin de leur donner un sens. Du point de vue de la psychologie développementale, nous avons observé les mimiques, les gestes, les regards, de la mère et de son enfant, ainsi que les attitudes vocales de nos différentes dyades. Nous avons pu vérifier si le comportement de chacun est adapté à l'autre.

Les données obtenues grâce aux dyades d'étude ont été comparées aux données recueillies dans les mêmes conditions méthodologiques avec les dyades témoins.

Ainsi notre description qualitative des interactions nous a permis de dégager des différences intergroupes et d'effectuer des comparaisons intergroupes pour confirmer ou infirmer nos hypothèses.

6.2. Les limites de notre étude

Certains paramètres, parfois prévus et d'autres fois inévitables, sont à prendre en compte quant à la validité des résultats. Il est évident que notre étude puisse être critiquée sur des nombreux points que nous allons ici présenter.

Tout d'abord, nous avons eu beaucoup de difficultés à être acceptés à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique de Ngousso. Nous avons subi des véritables interrogatoires de bureau en bureau. Nous avons compris que le milieu hospitalier est encore fermé à la psychologie.

Par ailleurs pour être accepté en salle, il fallait utiliser la technique du camouflage c'est-à-dire s'habiller aussi comme les infirmiers et en plus être très discret dans la mesure où, contrairement aux infirmiers nous avons à prendre des notes pour mieux remplir nos grilles d'observations.

De plus nous aurions souhaité continuer nos observations sur au moins six mois mais compte tenu de la date impartie de notre stage qui avait expirée, nous étions obligés de nous contenter du temps accordé.

De plus, l'utilisation de la vidéo nous aurait été très importante pour recueillir des données exhaustives pour une analyse rigoureuse de l'interaction, mais elle entraîne certains biais.

En effet, la caméra apporte sans nul doute un sentiment plus ou moins important de malaise et de pression pour la maman, qui se sent observée et jugée, surtout chez les mères en captivité.

Par le fait que nous observions que trois fois par semaine, l'attitude des deux partenaires n'est pas nécessairement représentative des interactions habituelles. La présence de l'entourage familial pour les mères libres perturbe inévitablement les interactions habituelles mère-enfant.

En outre les conditions d'observation n'étaient pas les mêmes d'un jour à l'autre que ce soit à l'hôpital qu'à la maison. Difficile donc de systématiser les conditions d'observation pour obtenir une standardisation des conditions dans lesquelles les interactions se déroulent.

Pour toutes ces raisons et bien d'autres, il serait difficile de généraliser nos résultats. Les conclusions que nous avons tirées de notre travail ne valent que pour les dyades observées et rencontrées.

Tableau 1 : Tableau synoptique du sujet

Question de Recherche	Objectifs de recherche	Hypothèse de recherche	Variables de recherche	Modalités	Indicateurs
QUESTION PRINCIPALE : Le contexte peut-il avoir une influence dans la dynamique interactionnelle d'une dyade	Il s'agit de savoir comment se déroulent les interactions en situation de captivité ou non ?	Le contexte a une influence sur les interactions	V.I : Contexte V.D. : interactions des dyades.	- Favorable - Défavorable	- Tendue - Affligée - anxieuse
QUESTION DE RECHERCHE 1 : la fréquence dans la satisfaction des besoins du nouveau-né est-il une conséquence du contexte de captivité sur les interactions ?	Déterminer la régularité dans la satisfaction des besoins du nouveau-né en situation de captivité ou non.	HR1 : Il existe une différence significative dans les interactions entre les dyades en captivité et celles en liberté.	.I. : Le milieu hospitalier .D. : Les attitudes générales	- Très régulière - Peu régulière - Adapté - Peu adapté - Adéquat - Inadéquat	- Bien-être - Réponse au regard - Recherche de contact - Cris de faim - Cris de colère - Crispé - Détendu
QUESTION DE RECHERCHE 2 : De quelle manière les acteurs dans une dyade échangent-ils dans un contexte de captivité ou non à l'hôpital	Saisir un champ de contrainte des possibilités, logiques qui déterminent les moyens dans les interactions.	HR2 : Les interactions mère-enfants dans les dyades en captivité s'améliorent une fois sortie de l'hôpital.	.D. : Milieu hospitalier D2 : Interactions visuelles comportementales et affectives	- Favorablement - Peu favorable - Pas du tout favorable	- Visite - Interactions avec autrui - Visage gaie - Visage triste - Change son bébé - Embrasse son bébé

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les données collectées à partir des choix méthodologiques exposés dans le Chapitre précédent ont fait l'objet de deux types d'analyse : une analyse descriptive. Dans ce Chapitre quatrième de notre travail, un effort est fait pour présenter les résultats de ces différentes analyses. On présente dans un premier temps les résultats de l'analyse descriptive et dans un second ceux de l'analyse inférentielle.

Tableau 2 : Répartition des moyennes d'interactions en fonction du contexte

Interactions	Dyades en captivité hôpital (cc)	Dyades en liberté (cl)
Attitude générale		
Somnolent	2,91	1,41
Impression de bien être	1,5	3,25
Effet de la voie de la mère	1,58	3,16
Effet du toucher	1,58	3,91
Moyenne	1,89	2,93
Attitude visuelle		
Regard de la mère	1,41	2,83
Réponse aux regards	1,66	3,00
Tourner la tête vers la mère	1,66	2,08
Détourner le regard	2,83	1,66
Exploration des objets	1,33	2,58
Moyenne	1,78	2,43
Attitude corporelle		
Hypertonie	1,66	3,91
Détendu	1,33	3,83
Mouvements de la tête	2,08	3,83
Mouvements des membres	2,83	3,75
Dialogue	2,41	3,33
Contact corporel	1,5	1,15
Moyenne	1,88	3,48
Attitude faciale		
Sourire	2,25	2,16
Mimiques d'inconfort	1,91	2,91
Mimique de bien être	2,52	2,33
Moyenne	2,52	2,47
Attitude vocale		
Pleurs	3,5	1,83
Cris de douleurs	3,58	2,16
Cris de faim	3,25	2,33
Cris de colère	3,33	2,75
Moyenne	3,16	2,27
Réactions aux sollicitations verbales de la mère		
Réaction à la voie de la mère	1,83	2,08
Allaitement	1,75	2,91
Réaction aux seins	1,58	3,16
Réaction aux biberons	1,58	2,41
Moyenne	1,58	2,89
Moyenne globale	2,09	2,88

Notes : cc=contexte de captivité et cl=contexte de liberté

Les résultats de l'analyse descriptive de l'effet du contexte sur les interactions mère-enfants sont contenus dans le Tableau 2. Dans l'ensemble, il apparaît que les dyades en

contexte de liberté (moyenne générale cl = 2.88) ont des interactions plus riches et plus intenses que ceux en captivité (moyenne générale cc = 2.09). Cette observation est valable pour les réactions de l'enfant face aux sollicitations verbales de la mère (moyenne cl = 2.89 > moyenne cc = 1.58), l'attitude générale de l'enfant (moyenne cl = 2.93 > moyenne cc = 1.89), son attitude visuelle (moyenne cl = 2.43 > moyenne cc = 1.78) et son attitude corporelle (moyenne cl = 3.48 > moyenne cc = 1.88). Pour le cas particulier de l'attitude vocale, on observe que les enfants réagissent plus en contexte de captivité qu'en contexte de liberté (moyenne cc = 3.16 > moyenne cl = 2.27). Cette observation est n'est pas surprenante car dans ce cas, l'attitude de l'enfant se résumant pour l'essentiel aux cris de douleur (moyenne cc = 3.25 > moyenne cl = 2.33), aux pleurs (moyenne cc = 3.5 > moyenne cl = 2.88), aux cris de faim (moyenne cc = 3.25 > moyenne cl = 2.33) et aux cris de colère (moyenne cc = 3.25 > moyenne cl = 2.75).

De manière spécifique, nos résultats montrent qu'en ce qui concerne les réactions de l'enfant face aux sollicitations verbales de la mère, les enfants réagissent plus à la voix de la mère lorsqu'ils sont en contexte de liberté qu'ils ne le sont en contexte de captivité (moyenne cl = 2.08 > moyenne cc = 1.83), il en est de même pour la réaction au sein (moyenne cl = 3.16 > moyenne cc = 1.58) et au biberon (moyenne cl = 2.41 > moyenne cc = 1.58). En ce qui concerne l'attitude corporelle, on observe que les enfants réagissent facilement aux stimuli physiques (hypertonie) (moyenne cl = 3.91 > moyenne cc = 1.66), sont plus détendus (moyenne cl = 3.83 > moyenne cc = 1.33), plus aptes à dialoguer (moyenne cl = 3.33 > moyenne cc = 2.49) et à se mettre en mouvement (moyenne cl = 3.75 > moyenne cc = 2.08) lorsqu'ils se trouvent en contexte de liberté qu'ils ne le sont en contexte. Pour ce qui est de l'attitude visuelle, nos résultats montrent qu'en contexte de liberté, les enfants sont plus sensibles au regard de la mère (moyenne cl = 2.83 > moyenne cc = 1.41), tournent facilement la tête vers la mère (moyenne cl = 2.08 > moyenne cc = 1.66), explorent l'environnement à travers le regard (moyenne cl = 2.58 > moyenne cc = 1.33) et réagissent plus facilement au regard de la mère (moyenne cl = 3.00 > moyenne cc = 1.66) qu'ils ne le sont en contexte de captivité.

Tableau 3 : Répartition des moyennes d'interactions en fonction du contexte

Interactions	Dyades en captivité à l'hôpital (cc)	Dyades sorties de la captivité et observées à la maison (dl)
Attitude générale		
Somnolent	2,91	2,83
Impression de bien être	1,5	2,08
Effet de la voix de la mère	1,58	2,50
Effet du toucher	1,58	3,41
Moyenne	1,89	2,70
Attitude visuelle		
Regard de la mère	1,41	3,16
Réponse aux regards	1,66	3,08
Tourner la tête vers la mère	1,66	2,75
Détourner le regard	2,83	2,75
Exploration des objets	1,33	2,08
Moyenne	1,78	2,76
Attitude corporelle		
Hypertonie	1,66	2,58
Détendu	1,33	2,50
Mouvements de la tête	2,08	3,08
Mouvements des membres	2,83	3,75
Dialogue	2,41	3,41
Contact corporel	1,5	3,08
Moyenne	1,88	3,06
Attitude faciale		
Sourire	2,25	3,41
Mimiques d'inconfort	1,91	2,83
Mimique de bien être	2,52	3,08
Moyenne	2,52	3,11
Attitude vocale		
Pleurs	3,5	2,91
Cris de douleurs	3,58	3,00
Cris de faim	3,25	2,66
Cris de colère	3,33	2,83
Moyenne	3,16	2,85
Réactions aux sollicitations verbales de la mère		
Réaction à la voix de la mère	1,83	2,66
Allaitement	1,75	3,25
Réaction aux seins	1,58	3,16
Réaction aux biberons	1,58	2,83
Moyenne	1,58	2,97
Moyenne générale	2,09	2,91

Notes : cc=contexte de captivité ; dl=diade libérée

Après avoir décrit l'effet du contexte sur l'interaction mère-enfant, ont également essayé tant bien que mal de décrire l'amélioration cette interaction lorsque la diade est libérée. Les résultats de cette amélioration des interactions mère-enfants sont contenus dans le Tableau 3. Dans l'ensemble, il apparaît que les diades sorties du contexte de captivité (moyenne générale dl = 2.91) ont des interactions plus riches et plus intenses que ceux en captivité (moyenne générale cc = 2.09). Cette observation est valable pour les réactions de l'enfant face aux sollicitations verbales de la mère (moyenne dl = 2.97 > moyenne cc = 1.58), l'attitude générale de l'enfant (moyenne dl = 2.70 > moyenne cc = 1.89), son attitude visuelle (moyenne dl = 2.76 > moyenne cc = 1.78) et son attitude corporelle (moyenne dl = 3.06 > moyenne cc = 1.88). Pour le cas particulier de l'attitude vocale, on observe que les enfants réagissent plus lorsque la diade est en contexte de captivité qu'ils ne le sont quand elle est libérée (moyenne cc = 3.16 > moyenne dl = 2.85). Cette observation est n'est pas surprenante car dans ce cas, l'attitude de l'enfant se résume pour l'essentiel aux cris de douleur (moyenne cc = 3.75 > moyenne dl = 2.91), aux pleurs (moyenne cc = 3.5 > moyenne dl = 2.66), aux cris de faim (moyenne cc = 3.25 > moyenne dl = 2.74) et aux cris de colère (moyenne cc = 3.33 > moyenne dl = 2.85).

De manière spécifique, nos résultats montrent qu'en ce qui concerne les réactions de l'enfant face aux sollicitations verbales de la mère, les enfants réagissent plus à la voix de la mère lorsque la diade sort de l'hôpital qu'ils ne le sont quand elle est en contexte de captivité (moyenne dl = 2.65 > moyenne cc = 1.83), il en est de même pour la réaction au sein (moyenne dl = 3.16 > moyenne cc = 1.58) et au biberon (moyenne dl = 2.83 > moyenne cc = 1.58). En ce qui concerne l'attitude corporelle, on observe que les enfants réagissent facilement aux stimuli physiques (hypertonie) (moyenne dl = 2.58 > moyenne cc = 1.66), sont plus détendus (moyenne dl = 2.50 > moyenne cc = 1.33), plus aptes à dialoguer (moyenne dl = 3.41 > moyenne cc = 2.49) et à se mettre en mouvement (moyenne dl = 3.75 > moyenne cc = 2.08) lorsque la diade est libérée qu'ils ne le sont lorsqu'elle est en contexte de captivité. Pour ce qui est de l'attitude visuelle, nos résultats montrent que, les enfants sont plus sensibles au regard de la mère (moyenne dl = 3.16 > moyenne cc = 1.41), tournent facilement la tête vers la mère (moyenne dl = 3.06 > moyenne cc = 1.66), explorent l'environnement à travers le regard (moyenne dl = 2.75 > moyenne cc = 1.33) et réagissent plus facilement au regard de la mère (moyenne dl = 2.08 > moyenne cc = 1.66) quand la diade est libérée de la captivité qu'ils ne le sont lorsqu'elle est en contexte de captivité. Nonobstant la pertinence de ces résultats, ils ne nous permettent pas de conclure par rapport à nos hypothèses.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET VERIFICATION DES RESULTATS

6.1. Interprétation des résultats

6.1.1. Interprétation des résultats du premier tableau : Dyades d'études à l'hôpital et à la maison

❖ Attitude générale

En observant les résultats sur notre tableau 5 (voir annexe) pour ce qui est de l'attitude générale, les enfants en captivité somnolent plus que lorsqu'ils sont [2,91] contre [2,85] que lorsqu'ils sont en liberté. Autrement dit, la somnolence des enfants en captivité baisse une fois sortie du contexte de l'hôpital.

Pour ce qui est l'impression du bien-être, il progresse une fois à la maison. Pourtant, à l'hôpital, nous avons un score de [1,5] contre [2,08] sortie de l'hôpital.

L'effet de voix de la mère sur l'enfant nous montre que, la voix de la mère a moins d'effet sur les enfants [1,58] en contexte de captivité. Par contre en contexte de liberté, l'effet de la voix de la mère est de [1,50]. Il en est de même du toucher qui est de [1,88] en captivité alors qu'en contexte de liberté, il est de [3,41]. Ainsi donc, pour la moyenne de l'attitude générale en contexte de captivité est inférieure [1,89] à la moyenne [2,70] en situation de liberté.

❖ Attitude visuelle

Dans cette partie des interactions, nous notons qu'en contexte de captivité, le regard des mères est moins intense [1,41] qu'en contexte de liberté [3,26].

De même, les réponses des enfants aux regards de leurs mères est faible en contexte de captivité [1,66] qu'en contexte de liberté [3,08].

Les enfants en contexte de captivité tournent leurs têtes vers leurs mères [1, 66] qu'en contexte de liberté [2,75]. Par contre, ils détournent plus leurs regards [2,83] en situation de captivité qu'en situation de liberté [2,75]. Ainsi, nous observons que les enfants, en contexte de captivité explore moins les objets [1,33] qu'en contexte de liberté [2,08]. Par conséquent,

de ce qui est de la moyenne des attitudes visuelles [1,78] est nettement inférieure de la moyenne lorsque les enfants sont libéré [2,76].

❖ **Attitude corporelle**

Dans cette modalité, nous avons pour indicateurs : l'hypotonie, la détente, les mouvements de la tête, les mouvements des membres, le dialogue, le contact corporel.

Pour l'hypertonie, nous observons une valeur de [1,66] en contexte de captivité pour [2,58] en contexte de liberté. De même, les enfants en contexte de captivité sont moins détendus [1,33] alors qu'en contexte de liberté, ils le sont plus [2,50]. Pour ce qui est des mouvements de la tête, les enfants en captivité avec leurs mères font moins de mouvements [2,08] alors que, une fois sortie de l'hôpital, ils ont une moyenne de [3,08].

En ce qui concerne les mouvements des membres, nous constatons qu'en situation de captivité, les enfants sont plus raides [2,83] ; or, en liberté, ils sont plus actifs [3,75]. Il en est de même du dialogue en situation de captivité, les dyades dialoguent moins [2,41] qu'en situation de liberté [3,08] alors qu'en situation de captivité, la moyenne est de [1,5]. Par conséquent, la moyenne des attitudes corporelles est nettement inférieure en situation de captivité [1,88] qu'en situation de liberté [3,06].

❖ **Attitude faciale**

Lorsqu'on observe les dyades en captivité, il y a moins de sourire [2,25] ; or en liberté, les sourires augmentent [3,41].

Pour ce qui est de mimiques d'enfants, en captivité, elles sont élevées [2,83] contre [1,91] en liberté. Tandis que pour les mimiques de bien-être, à l'hôpital et en captivité, ils sont de [2, 58] et une fois sortis de l'hôpital, les mimiques de bien-être s'élève à [3,08]. De ce fait, la moyenne des attitudes faciales en situation de captivité [1,88] est en deçà de la moyenne des attitudes faciales en situation de liberté [3,06]

Pour l'attitude vocale en situation de captivité, nous avons une moyenne de [3,16] par contre, en liberté, cette moyenne diminue [2,85].

❖ **Réactions aux sollicitations de la mère**

En situation de captivité, les enfants réagissent moins à la voix de leurs mères [1,83] contre [2,66] en situation de liberté. Par ailleurs, en situation de captivité, l'allaitement aux seins est

inférieur qu'en situation de liberté. L'allaitement aux seins et au biberon [2,83] en captivité alors [2,97] au biberon. Ce qui nous donne une moyenne de [21,09] pour les réactions aux sollicitations de la mère en captivité contre [2,91] en situation de liberté.

En général, les moyennes des attitudes générales, attitudes visuelle, corporelle, faciale, vocale et les réactions aux sollicitations verbales de la mère sont inférieurs en contexte de captivité qu'en contexte de liberté.

Après l'interprétation globale des attitudes, il serait intéressant de faire une interprétation détaillée de ces attitudes dyade par dyade.

Après avoir interprété les attitudes en nous référant sur notre tableau 1, il est intéressant de faire des interprétations sur chacune des dyades aussi bien à la maison qu'à l'hôpital et comment chacun de partenaires s'ajuste aux attitudes de l'autre au cours des échanges interactifs.

6.1.2. Dyades d'études à l'hôpital

❖ Les enfants en "captivité" (ECAP1, enfant en captivité à l'hôpital)

✓ ECAP1H

- Attitude générale :

Le nouveau-né est trop somnolant que ce soit à la rencontre R1, R2, R3. De même pour l'impression du bien-être. Lors de la rencontre R1 et R3, l'enfant ne présentait aucune impression de bien-être. Cependant, à la R2, nous avons observé une amélioration. Pour ce qui est de la voix ou du toucher, l'effet est peu fréquent et celui du toucher rare.

- Attitude visuelle

Le regard de la mère est absent à la R1, rare à la R2 et fréquent à la R3. Les réponses de l'enfant aux regards de la mère sont rares à la R1, R2 et R3. Nous observons plutôt que l'enfant se détourne du regard de sa mère. Par ailleurs, l'enfant n'explore aucun objet pendant la R1, R2 et R3.

- *Attitude corporelle*

Nous observons que l'enfant n'est pas du tout hypertonique à la R1, à la R2, il est rarement hypertonique. Aussi, l'enfant n'est pas détendu lors de la R1 et R2 et rarement à la R3. Il fait quelques mouvements de la tête à la R1, très peu à la R2 et R3. Pour les mouvements des membres, ils sont en mouvements à la R1 et rare à la R2 et R3. En ce qui concerne les dialogues, l'enfant dialogue par ses cris et ses pleurs, mais il est très peu en contact corporel avec sa mère, on parle de contact corps à corps absent.

- *Attitude faciale*

Il existe très peu de sourire. Il y a plus de mimique d'inconfort que ce soit à la R1, R2 et R3. Egalement, il y a moins de mimique de bien-être.

- *L'attitude vocale*

L'enfant réagit plus par ses cris de douleurs, de faim ou de colère que ce soit en R1, R2, R3. Cependant, en R1, R2, R3, il est parfois alimenté au sein.

✓ **La mère dyade 1 : MECAP1H (mère en captivité à l'hôpital)**

- *Attitude générale*

Que ce soit en R1, R2, R3, elle est crispée, affligée, anxieuse. Elle empêche l'interaction et elle est très peu détendue.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle recherche rarement le contact avec son enfant. Elle embrasse rarement son bébé et le berce presque pas.

- *Attitude faciale*

Le sourire est absent, le visage est presque toujours triste. Elle ne joue pas avec son bébé que ce soit à la rencontre, R1 R2, R3.

- *Attitude attentionnelle*

La mère n'est pas attentive à son bébé en R1, R2 et parfois en R3.

- *Attitude vocale ou verbale*

La mère ne verbalise pas, ne chante pas, ne fait pas de comptine, ni de parler-bébé et le débit de la voix est inexistant.

- *Attitude familiale*

La mère n'a reçu aucune visite que ce soit alors de la R1, R2, R3. Autrement, personne d'autre n'interagit avec l'enfant.

✓ **ECAP2H**

- *Attitude générale*

Il somnole à la rencontre R1 à R2 et moins à la rencontre R3., pas d'impression de bien-être de la R1 à la R3. Les effets de la voix et du toucher sont toujours négatifs en R1, R2, rare en R3.

- *Attitude visuelle*

L'enfant ne regarde pas toujours sa mère en R1, en R2 et pas du tout en R3. Il en va de même des réponses aux regards de la mère qui n'ont aucune réponse favorable. L'enfant tourne le regard vers sa mère à al R3, ce qui n'était pas le cas en R1 et R2. L'exploration des objets reste inexistante.

- *Attitude corporelle*

L'enfant n'est pas hypertonique, pas détendu en R1, R2 et R3. Les mouvements de la tête existent, les mouvements des membres aussi. Les contacts corporels sont rares en R1 et R2 et parfois en R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est rare voire inexistant en R1, R2 et R3. Les mimiques d'inconfort sont supérieures aux mimiques de bien-être.

- *Attitude vocale*

Les pleures sont très fréquents de la R1 jusqu'à la R3 ; de même que les cris de douleurs ou de faim. A cela se mêle aussi des cris de colère.

- *Réactions aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant ne réagit pas positivement aux sollicitations de la mère de la rencontre R1 à la R2, très rarement à la R3.

- *Allaitement*

Il se fait allaiter aux seins fréquemment de la R1, R2, très peu à la R3 ; au biberon, il ne se fait pas allaiter de la R1, R2, R3.

✓ **MECAP2H**

- *Attitude générale*

Elle est crispée de la R1 jusqu'à la R3 ; pas détendue, très anxieuse et affligée. Elle ne favorise pas l'interaction.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle ne recherche pas le contact avec son enfant, elle n'embrasse pas son bébé. Ne joue pas avec lui. Le visage est toujours triste.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très rare, le visage est très triste de la R1 à la R3.

- *Attitude attentionnelle*

En R1, elle n'est pas attentive aux comportements de son bébé, rare à en R2 de même qu'en R3. Elle change rarement son bébé en R1, pas du tout en R2 et rare en R3.

- *Attitude verbale ou vocale*

De R1, R2, elle ne verbalise pas, en R3 elle verbalise rarement. Elle ne chante En R1, R2 ni en R3, ne fait pas de comptines ni en R1, R2 ou R3. Pas de parlé bébé que ce soit en R1, R2, R3. Le débit de la voix est très bas.

- *Attitude familiale*

De R1 à R3, elle n'a reçu qu'une seule visite, l'enfant n'a pas été porté.

✓ **ECAP3H**

- *Attitude générale*

L'enfant est somnolent lors de notre passage en R1, R2, R3, les impressions de bien-être sont inexistantes. Sur les effets de la voix, ils sont rares en R1 et R2, fréquents en R3. L'effet du toucher est très fréquent en R1, rares en R2 et R3.

- *Attitude visuelle*

L'enfant regarde rarement sa mère en R1, R2 et très fréquemment en R3. Il tourne sa tête vers sa mère fréquemment en R1 et R2 et rarement en R3. Il n'explore pas les objets en R1, R2, R3.

- *Attitude corporelle*

Il n'est pas hypertonique, ni même détendu. Même les mouvements de la tête, il ne les fait pas en R1, R2, R3, mais fait des mouvements de membres très fréquemment en R1, R2, R3. Le dialogue est peu fréquent et devient rare en R2 et R3, pas de contacts corporels en R1, R2 et peu fréquent en R3.

- *Attitude faciale*

Pas de sourire en R1, R2, R3. Les mimiques d'inconfort sont supérieures aux mimiques de bien-être en R1, R2, R3.

- *Attitude vocale*

Les pleurs sont nombreux en R1, R2, R3. Les cris aussi, que ce soit les cris de faim, de colère ou de douleur.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant ne réagit pas à la voix de sa mère en R1, R2 et en R3 peu fréquemment.

- *Allaitement*

Lors de notre rencontre, l'enfant ne s'est pas fait allaiter ni au sein, ni au biberon.

✓ **MECAP3H**

- *Attitude générale*

La mère est crispée, affligée, anxieuse et ne favorise pas l'interaction en R1, R2, R3.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

En R1, R2, R3, elle ne cherche pas le contact, n'embrasse pas son bébé, ne le berce pas.

- *Attitude faciale*

Le sourire est inexistant, le visage est triste. Elle ne joue pas avec son enfant.

- *Attitude attentionnelle*

Elle n'est pas attentive à son enfant, ne change pas son bébé en R1, R2, R3.

- *Attitude vocale ou verbale*

La mère ne verbalise pas, ne chante pas, ne fait pas de comptine, ni de parler-bébé, le débit de la voix est inexistant en R1, R2, R3.

- *Attitude familiale*

Pas de visite, personne ne porte l'enfant, donc l'enfant n'interagit avec personne.

✓ **ECAP4H**

- *Attitude générale*

En R1 et R2, l'enfant somnole très fréquemment, en R3, il somnole fréquemment. Les impressions de bien-être sont très fréquentes en R1, R2, R3. Les effets de la voix sont négatifs ainsi que le toucher.

- *Attitude visuelle*

L'enfant ne regarde pas sa mère en R1, R2 et en R3 rarement, pas de réponses aux regards de la mère en R1, R2 et R3 rarement. L'enfant tourne sa tête vers sa mère très rarement en R1 et R2 et rarement en R3. Il n'explore pas les objets en R1, R2, R3.

- *Attitude corporelle*

Hypertonie très rare. L'enfant n'est pas détendu. Les mouvements des membres sont très fréquents. Ceux de la tête rare en R1, mais fréquents et très fréquents en R2 et R3. Le dialogue est très fréquent. Cependant, les contacts corporels sont rares.

- *Attitude faciale*

Le sourire est absent de R1, R2 et R3. Les mimiques d'inconfort sont très fréquentes.

- *Attitude vocale*

Les pleurs, les cris de douleurs, les cris de faim, les cris de colère sont très fréquents en R1, R2, R3.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant ne réagit pas du tout à la voix de sa mère en R1 et R2 et très rarement en R3.

- *Allaitement*

Que ce soit au sein ou au biberon n'a pas été observés en R1, R2, R3.

✓ **MECAP4H**

- *Attitude générale*

Elle est très fréquemment crispée en R1 R2, R3. Elle n'est pas détendue en R1, R2, R3, très affligée en R1, R2, R3 ; Très anxieuse en R1, R2, R3. Elle ne favorise pas du tout l'interaction.

- *Attitude gestuelle ou corporelle*

Elle ne recherche pas du tout le contact, n'embrasse pas son bébé, ne le berce pas en R1, R2, R3.

- *Attitude attentionnelle*

Elle ne sourit pas. Le visage est très triste, ne joue pas avec son enfant que ce soit en R1, R2, R3.

- *Attitude attentionnelle*

Elle n'est pas attentive à son enfant, ne le change pas en R1, R2 R3.

- *Attitude vocale ou verbale*

La mère ne verbalise pas, ne chante pas, ne fait pas de comptine, pas de parler-bébé. Le débit de la voix est très bas en R1, R2, R3.

- *Attitude familiale*

Elle ne reçoit aucune visite, personne d'autre ne porte l'enfant, pas d'interaction avec autrui en R1, R2, R3.

6.1. 3. Interprétation de données dyades d'études à la maison :

✓ ECAP1M

- *Attitude générale*

La première dyade faut-il le rappeler, a fait des semaines à l'hôpital. Une fois sortie de la situation de captivité à l'hôpital, nous remarquons que lors de la rencontre R1, R2, R3, l'enfant ne somnole plus comme à l'hôpital.

Les impressions de bien-être sont visibles, à la rencontre R1, R2 pour s'améliorer à la rencontre R3. Il en est de même du toucher qui presque inexistant à l'hôpital, deviennent fréquent à la maison. C'est aussi le cas de l'effet de la voix de la mère sur l'enfant. La rencontre R3 nous montre que les indicateurs s'améliorent progressivement.

- *Attitude visuelle*

Le regard de l'enfant rare à l'hôpital devient positif de la rencontre R1 à la rencontre R3. La réponse négative au regard à la première rencontre à la maison se succède aux regards positifs. Il en est de même pour ce qui est le fait pour l'enfant de tourner sa tête vers la mère. Il détourne de moins en moins sa tête. Pour l'exploration des objets, l'enfant ne le fait pas lors de la rencontre R1, or en R2, R3, il commence à explorer les objets.

- *Attitude corporelle*

Le nouveau-né lors de la rencontre R1 et R2, nous ne le trouvons pas du tout hypertonique. A la rencontre R3, il le devient. De même, il paraît moins détenu à la rencontre R2 et fréquemment à la rencontre R3.

En ce qui concerne les mouvements des membres, à la rencontre R1 et R2, l'enfant ne fait pas de mouvements. A la rencontre R3, il fait des mouvements fréquents. La dialogue et le contact corporel sont très fréquents.

- *Attitude faciale*

Pour les mimiques, sourire, à la rencontre R1, l'attitude est négative, mais à la rencontre R2 et R, tout commence à s'améliorer.

- *Attitude vocale*

Pour ce qui est des pleurs, des cris de douleur, de faim, de colère, ces indicateurs restent positifs dans l'ensemble même si, on observe des attitudes défavorables à R2 ou R3.

- *Réaction aux sollicitations de la mère*

On observe que l'enfant, lors de notre première rencontre, ne réagit pas à la voix de sa mère, mais à la rencontre R2 et R3, il commence à réagir.

Que ce soit au biberon ou au sein, à la rencontre R1, c'est négatif ; mais à la rencontre R2 et R3, cela devient positif.

✓ **La mère de la dyade à la maison : MECAP1M**

- *Attitude générale*

La mère est crispée, beaucoup en R2, R3, mais elle est moins crispée en R1. Elle reste moins détendue en R1, un peu plus en R2 et R3. Elle reste affligée en R1 et moins en R2 et pas du tout en R3. Elle demeure anxieuse en R1, R2 et moins en R3. En R1, elle ne favorise pas l'interaction, mais les signaux deviennent positifs en R2 et R3.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

En R1, elle recherche moins els contacts. En R2, els contacts. En R3 les contacts sont parfois recherchés et fréquemment recherchés en R3. Elle prend de plus en plus l'initiative de bercer son bébé en R2 et R3.

- *Attitude faciale*

Elle sourit mais en R1 et de plus en plus en R2 et R3. Le visage est par ricochet gai, elle joue avec son fils de plus en plus en R2 et R3, ce qui n'existait pas en R1.

- *Attitude attentionnelle*

La maman devient de plus en plus attentive en R2 et R3, elle change son bébé très souvent en R1 et fréquemment en R2 et R3.

- *Attitude vocale ou verbale*

La mère verbalise de la rencontre R 1 à la R3. Elle chante moins à la R1 beaucoup en R3. Elle ne fait pas de comptine en R1, fréquemment en R2 et très fréquemment en R3.

- *Attitude familiale*

Comme à l'hôpital à la R1, elle ne reçoit pas de visite, mais en R3, elle en reçoit. Les visiteurs interagissent avec l'enfant.

✓ **ECAP2M : l'enfant de la dyade 2 à la maison**

Il y a aussi fait deux semaines à l'hôpital comme le premier enfant observé.

- *Attitude générale*

A la rencontre R1, il est moins somnolent. En R1, les impressions de bien-être sont inexistantes en R1, rare en R2 et très fréquentes en R3.

L'effet de la voix de la mère est positif dans la R1, R2 et R3. L'effet du toucher également.

- *Attitude visuelle*

Il regarde sa mère en R1, R2, R3, très peu détendu en R1, mais fréquemment tendu en R3. Il explore rarement les objets en R1 et R2 et fréquemment en R3.

- *Attitude corporelle*

Il est rarement hypertonique en R1, peut tonique en R2 et fréquemment hypertonique en R3. Il est moins détendu à la R1, rarement à la R2 et fréquemment à la R3. Les mouvements sont rares en R1, fréquents en R2 et très fréquents en R3. Le dialogue est également très fréquent en R1, R2 et R3. Le contact corporel est rare en R1 et très fréquent en R2 et R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est rare en R1. En R2, il est fréquent pour être très fréquent en R3. Les mimiques d'inconfort sont encore présentes à la maison en R1 et R2 pour être peu fréquents en R3. Les mimiques de bien-être sont fréquentes en R3.

- *Attitude vocale*

Les pleurs sont très fréquents en R1, R2 et peu fréquent en R3. Il en est de même des cris de faim, de colère, de douleurs très présents les premières rencontres, pour se raréfier.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant ne réagit pas à la voix de sa mère lors de la rencontre R1, R2 et R3, les réactions sont fréquentes.

- *Allaitement*

L'allaitement au sein n'est pas régulier en R1 et R2, en R3 devient fréquent.

✓ **MECAP2M**

- *Attitude générale*

La mère reste crispée à la R1, peu crispée en R2 et très crispée en R3. De même, en R1 et R2, elle reste affligée. Il en est de même de son anxiété. Aussi, en ce qui concerne l'interaction, R1 et R2, elle ne favorise pas l'interaction.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle ne recherche pas le contact en R1 et R2. Elle n'embrasse pas son bébé en R1 et R2, le berce très peu en R1, mais en R3, le contact embrasser son bébé devient très fréquent.

- *Attitude faciale*

Le sourire est rare, visage triste très fréquent en R1 et R2. En R3, le visage devient gai, elle joue de plus en plus avec son bébé.

- *Attitude attentionnelle*

En R1, elle n'est pas attentionnée. En R2, elle est fréquemment attentionnée, de même en R3. Elle change moins son bébé en R1 parfois en R2 et fréquemment en R3.

- *Attitude vocale ou verbale*

Elle verbalise moins en R1, parfois en R2 et fréquente en R3. Elle ne chante pas en R1, parfois en R2 et presque toujours en R3. Les comptines sont rares en R1, fréquentes en R2 et très fréquentes en R3. Le parler est absent en R1, présent en R2 et très présente en R3. Le débit de la voix est bas en R1 et R2 et augmente en R3.

- *Attitude familiale*

En R1 et R2, pas de visite d'un tiers. En R3, les visites sont très fréquentes. En R1, personne d'autre ne porte pas l'enfant. En R2, le port de l'enfant par d'autres sont fréquents et en R3 sont très fréquents. Ces visiteurs participent aux interactions avec l'enfant en R3.

✓ **ECAP3M**

- *Attitude générale*

L'enfant à la maison somnole fréquemment en R1, R2 et R3 devient moins somnolent. Les impressions de bien-être sont rares en R1, en R2 peu fréquent et très fréquent en R3. Les effets de la voix sont positifs très fréquent en R1, R2, R3.

- *Attitude visuelle*

L'enfant regarde sa mère fréquemment en R1, R2, R3, tourne sa tête vers sa mère rarement en R1, R2 et très fréquemment en R3. Il n'explore pas les objets en R1, R2, mais en R3, il explore très fréquemment les objets.

- *L'Attitude corporelle*

L'enfant n'est pas hypertonique en R1 et R2, mais très tonique en R3 ; rarement détendu en R1 et R2, très détendu en R3 ; les mouvements des membres sont plus fréquents en R1, R2 et R3. Les dialogues sont très fréquents en R1, R2, R3. Les contacts corporels sont plus fréquents en R2 et R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est rare en R1, mais fréquent en R2 et très fréquent en R3. Les mimiques d'inconfort sont encore très fréquentes pour progressivement disparaître en R3. Autrement dit, on enregistre plus les mimiques de bien-être à la R3 qu'en R1 et R2.

- *Attitude vocale*

L'enfant pleure très fréquemment en R1, R2 et en R3 très peu. Les cris de couleur sont fréquents, les cris de faim parfois, les cris de colère tendent à disparaître.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant réagit à la voix de sa mère en R3 et rarement en R1 et R2.

- *Allaitement*

En R1 pas d'allaitement, mais en R2 et R3 c'est fréquent et R3 très fréquent.

✓ **MECAP3M**

- *Attitude générale*

Elle est crispée en R1, peu crispée en R2 et rarement crispée en R3. Elle est également très détendue en R3, ce qui n'était pas le cas en R1 et R2.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Pas de contact en R1 et R2, très fréquent en R3. Il en est de même pour embrasser son bébé ou le bercer. C'est en R3 que les indicateurs s'améliorent. Elle joue avec son bébé beaucoup plus en R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est rare en R1 et R2 et est fréquent en R3. Le visage ne s'égaie qu'en R3. Elle joue également avec son bébé beaucoup plus en R3.

- *Attitude attentionnelle*

Elle n'est pas attentive en R1, mais en R2 fréquemment, de même qu'en R3. Elle change son bébé rarement en R1 et fréquemment en R2 et très fréquemment en R3.

- *Attitude vocale ou verbale*

Elle ne verbalise pas en R1, le fait fréquemment en R2 et très fréquemment en R3. Chante rarement en R1, peu fréquemment en R2 et très fréquemment en R3. Les parlures-bébé sont très fréquents en R3, mais étaient rares en R1. Le débit de la voix est très fréquent.

- *Attitude familiale*

Pas de visite en R1 et R2, visites fréquentes en R3. Les visiteurs portent l'enfant fréquemment en R3. Et participent également aux interactions avec l'enfant en R3.

✓ **ECAP4M**

- *Attitude générale*

A la maison, lors de la rencontre R1 et R2, l'enfant n'est très fréquemment somnolent. A la R3, il fréquemment somnole. Les impressions du bien-être sont très fréquentes en R1, R2 sauf en R3 où les indicateurs sont positifs. Il en est de même de l'effet de la voix de la mère ou e l'effet du toucher qui a un impact positif sur l'enfant en R1, R2, R3 *Attitude visuelle*

L'enfant ne regarde pas sa mère en R1, mais en R2, R3 il le fait très fréquemment. Il ne répond pas au regard de sa mère en R1, réponds très fréquemment en R2 et R3. Il n'explore pas les objets en R1, R2, le fait fréquemment en R3.

- *Attitude corporelle*

L'enfant n'est pas hypertonique en R1, R2 et devient fréquent en R3. Par détendu en R1, R2 et se détend très fréquemment en R3. Les mouvements des membres sont rares en R1, fréquent en R2 et très fréquents en R3. Le dialogue est très fréquent en R1, R2, R3. Le contact corporel inexistant en R1, devient fréquent en R2 pour être très fréquent en R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est absent en R1, rare en R2 et très fréquent en R3. Les mimiques d'inconfort sont très présentes en R1, R2, R3.

- *Attitude verbale ou vocale*

Les pleurs sont très présents en R1, R2 domine en R3. Les cris de douleurs fréquents en R1, diminuent en R2 et R3. Les cris de faim sont plus ou moins présents de même que les cris de colère.

- *Réaction aux sollicitations de la voix de la mère*

L'enfant répond très peu à la voix de la mère en R1 et R2, en R3 réponds très fréquemment.

- *Allaitement*

Que ce soit au sein est rare en R1 et très fréquent en R2, R3 ; au biberon, absent en R1 et R2, très présent en R3.

✓ **MECAP4M**

- *Attitude générale*

La maman reste très crispée en R1, R2 et peu crispée en R3 ; pas détendu en R1, R2 et détendu en R3. Elle est très affligée en R1 et R2, rarement en R3. Elle ne favorise pas l'interaction en R1 et R2. En R3, elle favorise fréquemment.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

La mère ne recherche pas le contact en R1 et R2 ; en R3, la fréquence des contacts augmente. Elle n'embrasse pas son bébé en R1, R2 rarement et en R3 très fréquemment. Elle ne berce pas son bébé en R1, R2 et R3, elle berce fréquemment.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très rare en R1 et R2, très fréquemment en R3. Le visage est très triste en R1 et R2, R3. Elle ne joue pas avec son bébé en R1, R2, R3 et elle e fait fréquemment en R3.

- *Attitude attentionnelle*

Elle n'est pas attentive aux comportements de son enfant en R1 et R2 ; très attentive en R3. Elle ne change pas son bébé en R1 et R2, en R3 elle le fait rarement.

6.1.5. Dyade témoin (en liberté) à l'hôpital

✓ **ELIBH1**

- *Attitude générale*

L'enfant somnole très peu en R1, R2 et parfois en R3. L'impression du bien-être est très fréquente en R1, R2, R3. L'effet de la voix de la mère sur l'enfant est très fréquent et positif l'effet du toucher aussi.

- *Attitude visuelle*

L'enfant regarde très fréquemment sa mère en R1, R2, R3 et il répond aussi au regard de sa mère. Il tourne très fréquemment la tête vers sa mère en R1, R2, R3. Il explore les objets très fréquemment en R1, R2, R3.

- *Attitude corporelle*

L'enfant est très hypertonique, détendu. Les mouvements des membres, de la tête, le contact corporel sont très fréquents que ce soit en R1, R2, R3.

- *Attitude faciale*

Pas de sourire en R1, R2, R3. Les mimiques d'inconfort sont absentes au profit des mimiques du bien-être.

- *Attitude vocale*

L'enfant pleut peu fréquemment en R1, R2, R3. Ses cris de couleurs sont rares en R1 peu fréquents en R2 et R3. Les cris de faim sont fréquents en R1, absents en R2 et R3. Les cris de colère fréquents en R1, absents en R2 et R3.

- *Réaction aux sollicitations de la mère*

L'enfant réagi à la voix de sa mère en R1, très fréquemment en R2 et R3.

- *Allaitement*

Il y a alternance dans l'allaitement au sein et au biberon bien qu'en R1, le biberon ait très peu de place, mais en R2, R3 le sein et le biberon sont très fréquents.

✓ **MELIB1H**

- *Attitude générale*

Elle est crispée plus ou moins anxieuse, mais elle n'empêche pas l'interaction avec son enfant.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle recherche le contact avec son enfant, embrasse son bébé, le berce très fréquemment en R1, R2, R3.

- *Attitude faciale*

Elle sourit fréquemment, le visage est gai, joue avec son bébé.

Attitude attentionnelle

Elle est très attentive aux comportements de son bébé en R1, R2, R3.

- *Attitude verbale ou vocale*

La mère verbalise très fréquemment, chante très fréquemment, fait des comptines, les parlars-bébé sont très fréquents, le débit de la voix est élevé en R1, R2, R3.

- *Attitude familiale*

Elle reçoit très fréquemment les visites, ces visiteurs portent l'enfant et interagissent avec lui en R1, R2, R3.

✓ **ELIB2H**

- *Attitude générale*

L'enfant est rarement somnolent, les impressions de bien-être sont très fréquentes. L'effet de la voix négatif en R1, mais très positif en R2 et R3. L'effet du toucher est très fréquent en R1, R2, R3.

- *Attitude visuelle*

Les réponses au regard de sa mère sont absentes en R1 et R2, très fréquent en R3. Il ne tourne pas sa tête vers sa mère en R1, mais le fait en R2, R3. Il ne détourne pas le regard en R1, R2, R3, explore les objets rarement en R1, R2 et le fait peu fréquemment en R3.

- *Attitude corporelle*

L'enfant est hypertonique, détendu. Les mouvements des membres sont réguliers. Le dialogue et le contact corporel sont très fréquents.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très fréquent, les mimiques d'inconfort sont inférieures aux mimiques de bien-être. Les cris de faim, de colère, de douleurs ne sont pas fréquents.

- *Réaction aux sollicitations de la mère*

Il ne réagit pas à la voix de la mère en RA, R2, réagit en R3.

- *Allaitement*

L'allaitement au sein est rare en R1 et R2., très fréquent en R3 ; au biberon très fréquent en R2, R3.

✓ **MELIB2H**

- *Attitude générale*

Elle est plus détendue que crispée, elle favorise l'interaction.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle recherche le contact, embrasse très fréquemment son bébé, le berce très fréquemment.

- *Attitude faciale*

La mère a du sourire, le visage est gai très fréquemment, mais ne joue pas avec son bébé en R1, R2, joue, en R3.

- *Attitude attentionnelle*

Elle est attentive aux comportements de son bébé, change le bébé très fréquemment.

- *Attitude vocale et verbale*

Les paroles de la maman sont tout à fait adaptées au cours des rencontres R1, R2, R3. Nous notons de la modulation de la hauteur de la voix en R1 par rapport en R2 où la maman produit de nombreuses vocalisations avec des intonations montantes et descendantes.

- *Attitude familiale*

Nous observons que la mère reçoit assez de visites, ce qui enrichit les interactions entre l'enfant et autrui.

✓ **ELIB3H**

- *Attitude générale*

L'enfant somnole moins, présente des impressions de bien-être de façon très fréquente. L'effet de la mère en R1 était sans effet, mais en R2, cet effet est moins rare pour être très fréquent en R3. L'effet du toucher est très positif en R1, R2, R3.

- *Attitude visuelle*

Que ce soient les regards de la mère ou les réponses de l'enfant à ces regards sont négatifs en R1, R2 et très positif en R3. En R1 et R2, l'enfant ne tourne pas sa tête vers sa mère en R, il le fait. L'enfant n'explore pas les objets en R1 et R2, il les explore fréquemment en R3.

- *Attitude corporelle*

L'enfant est hypertonique, fréquemment détendu, fait fréquemment des mouvements des membres ; le dialogue et les contacts corporels sont très fréquents.

- *Attitude faciale*

L'enfant ne sourit pas en R1 et R2. Il commence à sourire en R3. Les mimiques d'inconfort sont très fréquentes, les mimiques de bien-être très fréquents.

- *Attitude vocale*

Les pleurs sont réguliers en R1, en R2 moins, et fréquemment en R3. Les cris de douleurs sont rares en R1, R2, de même qu'en R3. Les cris de faim sont fréquents en R1, R2, R3. Les cris de colère sont absents en R1, peu fréquent en R2, de même qu'en R3.

- *Allaitement*

L'allaitement au sein est rare en R1 et R2, très fréquent en R3. Par contre, l'allaitement au biberon est très fréquent en R1, R2, R3.

✓ **MELIB3H**

- *Attitude générale*

Elle n'est pas crispée, très détendue, pas de signe d'affliction ou d'anxiété. Elle favorise pleinement l'interaction avec son bébé.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle recherche constamment le contact, embrasse toujours son bébé et le berce chaque fois.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très fréquent, le visage épanoui, elle joue constamment avec son bébé.

- *Attitude vocale / verbale*

La maman verbalise toujours, elle chante régulièrement, fait des comptines, des parlons-bébé, le débit de la voix est assez élevé.

- *Attitude familiale*

Les visites familiales sont régulières. Les visiteurs participent à l'interaction avec le bébé.

✓ **ELIB4H**

- *Attitude générale*

L'enfant somnole rarement en R1 et pas du tout en R2, R3. L'impression est très fréquente en R1, R2, R3. L'effet de la voix est rare en R1, fréquent en R2 et très fréquent en R3. Il en est de même de l'effet du toucher.

- *Attitude visuelle*

Le regard de la mère est très fréquent de même que les réponses des regards de l'enfant. L'enfant tourne la tête très peu vers sa mère en R1, R2 et très fréquemment en R3. L'enfant ne détourne pas le regard, il explore fréquemment les objets.

- *Attitude corporelle*

L'enfant est très hypertonique et fréquemment détendu. Il fait très fréquemment les mouvements des membres et de la tête. Les dialogues sont très fréquents de même que les contacts corporels.

- *Attitude faciale*

Le sourire est absent en R1, R2, R3 ; les mimiques d'inconfort sont rares, les mimiques de bien-être très fréquentes.

- *Attitude vocale*

Les pleurs sont présents en R1, R2, R3 ; les cris de douleurs rares, les cris de faim aussi. Les cris de colère sont absents.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant réagit difficilement à la voix de sa mère en R1, le fait fréquemment en R2 et très fréquemment en R3.

- *Allaitement*

L'allaitement au sein est rare en R1 et R2, fréquent en R3 ; au biberon, il est fréquent en R1, R2, R3.

✓ **MELIB4H**

- *Attitude générale*

La mère n'est pas crispée, elle est fréquemment détendue ; elle ne présente aucun signe d'affliction. Elle favorise l'interaction en R1, R2, R3.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Elle recherche très fréquemment le contact, embrasse très fréquemment son bébé ; elle le berce aussi très fréquemment en R1, R2 et R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est peu fréquent, le visage est gai fréquemment. La mère joue avec son enfant rarement en R1, mas fréquemment en R2, R3.

- *Attitude attentionnelle*

La mère est très attentive aux comportements de son enfant en R1, R2, R3 ; elle le change très fréquemment.

- *Attitude vocale / verbale*

La mère verbalise fréquemment, chante aussi, les comptines sont fréquentes. Les parlars-bébé rares en R1 sont fréquents en R2, R3. Le débit de la voix est bas en R1, R2 et passablement élevé en R3.

- *Attitude familiale*

La mère reçoit régulièrement els visites, l'enfant se fait porter, ces actions participent à l'interaction avec les pairs.

6.1.4. Dyades témoins à la maison

✓ **ELIB1M (enfant en liberté à la maison)**

- *Attitude générale*

A la maison, l'enfant somnole moins, l'impression de bien-être est très fréquente, l'effet de la voix très positif. Les réponses aux regards très fréquents. L'enfant tourne sa tête régulièrement vers sa mère, explore les objets très fréquemment.

- *Attitude corporelle*

L'enfant est très hypertonique, très détendu. Il fait régulièrement les mouvements des membres, le dialogue est très régulier, de même que les contacts corporels en R1, R2, R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très fréquent, les mimiques de bien-être aussi en R1, R2, R3.

- *Attitude vocale*

Les pleurs sont rares, les cris de faim absents de même que les cris de colère en R1, R2, R3.

- *Réaction aux sollicitations de la mère*

L'enfant réagit à la voix de la mère très fréquemment.

- *Allaitement*

L'allaitement se fait très fréquemment au sein et au biberon.

✓ **ELIB2M**

- *Attitude générale*

Lors de notre première rencontre, l'enfant est peu fatigué, il est dans une impression de bien-être. Les effets de la voix sont très positifs de même que le toucher de la mère sur l'enfant.

- *Attitude visuelle*

L'enfant regarde sa mère très fréquemment et il répond aux regards de sa mère ; tourne sa tête vers sa mère, explore très fréquemment les objets.

- *Attitude corporelle*

Le bébé est très hypertonique et très détendu. Les mouvements des membres sont très fréquents de même que le dialogue entre les deux partenaires de l'interaction. Les contacts corporels sont très fréquents. Les interactions corporelles sont continues et riches.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très présent jusqu'à la fin de la rencontre R1, R2, R3. Les mimiques d'inconfort bien que présents sont inférieurs aux mimiques de bien-être. Le visage est mobile, expressif à chaque instant.

- *Attitude vocale*

Les pleurs sont présents, les cris de douleurs aussi, mais ils diminuent au fur et à mesure de R1 à R3. Les cris de faim sont rares, de même que les cris de colère.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant réagit positivement à la voix de sa mère. Il se calme quand sa mère lui parle en R1, R2 et R3. Il lui répond par des sourires et des vocalisations. Il maintient l'interaction de plus en plus longtemps.

- *Allaitement*

Que ce soit au sein ou au biberon, l'enfant est alimenté très fréquemment.

✓ **MELIB2M**

- *Attitude générale*

La maman a un comportement tout à fait adapté dès la naissance de son enfant. Elle stimule beaucoup et lui laisse de plus en plus l'opportunité de répondre. Elle semble heureuse d'interroger avec son bébé. De plus, les échanges sont facilités. Elle n'est pas crispée, très détendue, pas du tout affligée, encore moins anxieuse. Elle favorise l'interaction.

- *Attitude gestuelle*

Elle recherche très régulièrement le contact, embrasse son bébé et le berce très fréquemment.

- *Attitude faciale*

Elle est gaie, souriante, joue très régulièrement avec son bébé.

- *Attitude attentionnelle*

Elle est très attentive aux comportements de son bébé, elle le change régulièrement.

- *Attitude vocale et verbale*

La mère chante des comptines, il est alors difficile de savoir ce qui a été dit. L'enfant regarde attentivement les gestes de sa mère. Il répond aux sourires en agitant les bras en

souriant. L'enfant est très réceptif de la voix de sa mère. Elle prend l'initiative de la communication en R2 et R3.

✓ **ELIB3M**

- *Attitude générale*

A la maison, l'enfant est moins somnolent, manifeste très fréquemment les impressions de bien-être. L'effet de la voix est très positif et très fréquent. L'effet du toucher également.

- *Attitude visuelle*

Le regard de la mère est très fréquent, les réponses à ces regards aussi. L'enfant tourne rarement sa tête vers sa mère à la première rencontre R1. Aux rencontres R2 et R3, les regards sont très fréquents. L'enfant explore également très fréquemment les objets.

- *Attitude corporelle*

En R1, R2, R3, l'enfant est hypertonique, détendu, fait régulièrement les mouvements de la tête et des membres. Le dialogue est très fréquent ainsi que les contacts corporels.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très présent, les mimiques de bien-être plus régulières que les mimiques d'inconfort.

- *Attitude vocale*

Les pleurs moins rares, les cris de douleur absents, les cris de faim aussi et les cris de colère.

- *Réaction aux sollicitations verbales de la mère*

L'enfant réagit très fréquemment à la voix de sa mère en R1, R2, R3.

- *Allaitement*

L'allaitement au sein et au biberon sont très réguliers.

✓ **MELIB3M**

- *Attitude générale*

Elle n'est pas crispée, mais très détendue, elle n'est pas affligée, elle favorise très régulièrement l'interaction.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Recherche le contact très régulièrement avec son bébé, elle l'embrasse très fréquemment et le berce aussi en R1, R2, R3.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très fréquent, le visage épanoui et joue régulièrement avec son bébé.

- *Attitude attentionnelle*

Elle est très attentive à son bébé et le change régulièrement en R1, R2, R3.

- *Attitude vocale et verbale*

La mère verbalise très fréquemment avec son bébé, elle chante très fréquemment, fait des comptines, des parlars-bébé ; le débit de la voix est très élevé.

- *Attitude familiale*

Les visites sont régulières et cela fait régulièrement participer l'enfant aux interactions avec autrui.

✓ **ELIB4M**

- *Attitude générale*

A la maison, l'enfant somnole rarement, les impressions de bien-être sont positives de même que l'effet de la voix et du toucher qui sont très fréquents en R1, R2, R3.

- *Attitude visuelle*

Le regard est très fréquent ainsi que les réponses au regard. L'enfant tourne la tête rarement vers la mère en RA. En R2 et R3, il le fait fréquemment. Il explore peu fréquemment les objets en R1, R2 et en R3 fréquemment.

- *Attitude corporelle*

L'enfant est hypertonique, détendu ; le dialogue, les mouvements des membres, les contacts corporels sont très fréquents.

- *Attitude faciale*

Le sourire est rare en R1, très fréquent en R2 et R3. Les mimiques d'inconfort sont rares, ceux du bien-être très fréquents.

- *Attitude faciale*

Les pleurs sont rares, les cris de douleurs absent de même que les cris de faim. Les cris de colère sont peu fréquents.

- *Réaction aux sollicitations de la mère*

L'enfant réagit très positivement et très fréquemment à la voix de la mère en R1, R2, R3.

- *Allaitement*

Il se fait de façon alternée et très fréquemment au sein ou au biberon.

✓ **MELIB4M**

- *Attitude générale*

Elle n'est pas crispée, très détendue, pas de signe d'affliction. Elle est tout de même anxieuse. Cependant, elle n'empêche pas l'interaction.

- *Attitude gestuelle et corporelle*

Le contact est très fréquent, la mère embrasse très fréquemment son enfant, elle le berce aussi fréquemment.

- *Attitude faciale*

Le sourire est très fréquent, le visage très fréquemment gai. La maman joue très fréquemment avec son bébé.

- *Attitude attentionnelle*

La mère est attentive à son bébé, le change très régulièrement.

La mère verbalise très fréquemment avec son bébé ; elle chante régulièrement, fait des comptines, les parlars-bébé sont très fréquents. Le débit de la voix est assez élevé.

- *Attitude familiale*

Les visites sont très fréquentes et cela favorisent en enrichie les interactions entre l'enfant et les pairs.

6.1.5. Interprétation des résultats du deuxième tableau : dyades en captivité et celles qui sont libres à l'hôpital

❖ **Attitude générale**

Suivant notre tableau, nous constatons que les attitudes générales, pour les dyades en captivité, le nouveau-né somnole plus que les nouveau-nés des dyades en liberté [2,91] pour la somnolence des nouveau-nés en captivité et [1,45] pour ceux dont les mères sont libres. Les impressions de bien-être des enfants en captivité sont inférieures [1,5] de ceux en liberté [3,25].

L'effet de la voix de la mère a plus d'impact positif sur les enfants en liberté [3,16] contre [1, 58] pour les enfants en captivité.

L'effet du toucher de la mère sur les enfants en captivité est bas [1,58] par rapport à celui des enfants dont les mères sont en liberté [3,91].

Par conséquent, la moyenne des attitudes générales des enfants en captivité de [1,89] inférieure à la moyenne des enfants dont les mères sont libres [2,93], ce qui démontre l'impact du contexte sur les interactions mère-enfant.

❖ **Attitude visuelle**

Le regard de la mère pour les enfants en situation de captivité est de [1,41] tandis que celui dont les mères sont en liberté est de [2,83]. De même, les réponses des enfants aux regards de leurs mères sont [1,66] pour [3,16] pour les enfants dont les mères sont en liberté.

Par ailleurs, les enfants en situation de captivité avec leurs mères tournent très peu leurs têtes vers leurs mères [1, 66], par contre ceux en situation de liberté tournant plus leurs têtes vers leurs mères [2, 58]. Par contre, les enfants en situation de captivité ont un score supérieur à ceux des enfants en liberté lorsqu'il est question de détourner le regard. Le score des enfants en situation de captivité est de [2,83] contre [1,66].

Aussi, en ce qui concerne l'exploration des objets, les enfants dont les mères sont en captivité explorent moins les objets [1,33] ; ceux dont les mères sont en liberté explorent le plus les objets [2,58]. Pour les attitudes visuelles, la moyenne des enfants chez les dyades en liberté est supérieure à celle des enfants des dyades en captivité. Chez les dyades en libertés, ce score est de [2,43] et chez les dyades en captivité [1,78].

❖ Attitude corporelle

L'hypertonie des enfants dont les mères sont en liberté est élevée [3,91] et celui des enfants dont les mères sont en captivité est bas [1,66].

Les enfants dont les mères sont liberté sont plus détenus [3,83] que les enfants dont les mères sont captivité.

Les enfants des dyades dont les mères sont liberté font plus des mouvements de la tête [3,83] et des membres [3,75], tandis que ceux des dyades en situation de captivité bougent moins de la tête [2,08] et es membres [2,83].

Le dialogue corps à corps des enfants dont les mères sont en liberté est supérieur [3,33] à celui des enfants en situation de captivité [2,41].

Les contacts corporels des enfants dont les mères sont en liberté sont aussi supérieurs [1,15] à ceux des enfants en captivité [1,5].

La moyenne des attitudes corporelles des enfants dont les mères sont en liberté est au-dessus de la moyenne des enfants dont les mères en son captivité. [2,48] pour les enfants en liberté et [1,88] pour les enfants en situation de captivité.

❖ Attitude faciale

Le sourire chez les dyades en liberté est supérieur à celui des dyades en captivité [2,25] conte [2,16]. Aussi, les mimiques d'inconfort des enfants chez les dyades en captivité

sont élevées à celles des enfants dont les mères sont en liberté [2,52] pour els dyades en captivité et [2,33] pour les dyades en liberté. À contrario, les mimiques de bien-être des enfants ont les mères sont en liberté sont supérieurs de ceux dont les mères sont en captivité. Pour les enfants en liberté [2,52] et pour les enfants en captivité [2,33].

La moyenne des attitudes faciales des enfants en liberté est supérieure à celle des enfants dans un contexte de captivité [2,52] de moyenne contre [2,47].

❖ **Attitude vocale**

Les pleurs des enfants en situation de captivité sont supérieurs à ceux des enfants en captivité. Les enfants en captivité [3,5] et les enfants en liberté [1,83].

Les cris de douleurs des enfants en captivité sont tout aussi élevés que chez les enfants en situation de liberté, c'est la raison pour laquelle, nous avons un score de [3,58] pour les enfants en captivité et [2,16] pour les enfants en liberté.

En ce qui concerne les cris de faim, les enfants en captivité, les cris le plus [3,25] contre [2,33] pour ceux en liberté. Pour les cris de colère, ceux des enfants en captivité sont plus élevés que ceux des enfants en liberté [3,33] contre [2,75] ; ce qui fait une moyenne de [3,16] pour les enfants chez les dyades en captivité et [2,27] pour les enfants chez les dyades en liberté.

❖ **Réaction aux sollicitations verbales de la mère**

Pour ce qui est de la réaction à la voix de la mère, les enfants en liberté réagissent plus que les enfants en captivité [2,08] contre [1,83].

Concernant l'allaitement, que ce soit au sein ou au biberon, les enfants en liberté sont plus allaités que les enfants en captivité. Les enfants en liberté allaités au sein ont un score de [3,16] tandis que ceux en captivité ont [1,58]. Au biberon, les enfants en liberté enregistrent un score de [2,41] et ceux en captivité [1,58].

La moyenne des réactions des enfants en liberté aux sollicitations de la mère est ainsi supérieure [2,89] contre [1,58] pour ceux en captivité.

La moyenne générale des effets du contexte sur les interactions est de [2,88] pour les enfants en liberté et [2,09] pour les enfants en captivité.

Toutefois, si les moyennes générales des dyades en liberté sont supérieures à celles es dyades en captivité, il est nécessaire pour nous, de vérifier nos hypothèses afin de mesurer cette influence du contexte sur les interactions.

6.2. Vérification des hypothèses.

6.2.1. Analyse inférentielle

Dans la section qui précède (l'analyse descriptive), on a essayé de décrire la relation entre le contexte et les interactions mère-enfant. Comme on l'a déjà signalé, les dyades ont été observées en contexte de captivité pour le groupe expérimental et en contexte de liberté pour le groupe contrôle. Ces observations ne peuvent pas nous permettre de conclure sur le lien entre le contexte et les interactions mère-enfant, car par définition l'analyse descriptive permet tout simplement de donner la physionomie des données. Pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons eu recours au test t de student pour échantillon indépendant pour la première hypothèse et pour échantillon apparié pour la seconde hypothèse.

6.2.2. Analyse inférentielle de la première hypothèse de recherche

Notre première hypothèse de recherche était formulée comme suit : le contexte à un effet sur les interactions mère-enfant. La moyenne d'interactions des diades en contexte de liberté est supérieure à celle des diades en contexte de captivité. Cette hypothèse a été testée à l'aide d'un test t de student pour échantillons indépendants.

Tableau 4 : Résultats de l'analyse inférentielle de la première hypothèse de recherche

	Moyenne des interactions	Ecart type	t	df	p.	Moyenne des différences	Ecart type des différences
Dyades en captivité à l'hôpital (cc)	2.09	0.23	5.61	22	.000	0.67218	0.11
Dyades en liberté observées à l'hôpital (cl)	2.88	0.34					

Les résultats de l'analyse inférentielle de la première hypothèse de recherche sont contenus dans le tableau 4 ces résultats montrent que les diades en liberté ont des interactions plus riches et plus structurées que celles en captivité (moyenne cl=2.88>moyenne cc=2.09, p.=0.000). Avec une valeur du t de student égale à 5.61 pour un degré de liberté de 22 et une probabilité de 0.000, nos résultats montrent une différence significative entre la moyenne des

interactions des dyades en liberté et celles des dyades en captivité ($t_{(22)} = 5.61$, $dl=22$, $p.=0.000$). Ces résultats vont dans le sens de notre première hypothèse de recherche qui s'énonce comme suit : le contexte à un effet sur les interactions mère-enfant.

6.2.3. Analyse inférentielle de la seconde hypothèse de recherche

Notre deuxième hypothèse de recherche était formulée comme suit : les interactions mère-enfant s'améliorent dès que la dyade sort du contexte de captivité. La moyenne d'interactions des diades une fois qu'elles sont libérées. Cette hypothèse a été testée à l'aide d'un test t de student pour échantillons appariés. L'appariement se justifie ici par le fait le même groupe a été observé dans un contexte captivité (hôpital) et dans un contexte de liberté (maison).

Tableau 5 : Résultats de l'analyse inférentielle de la seconde hypothèse de recherche

	Moyenne des interactions	Ecart type	Moyenne des différences	Ecart type des différences	t	df	p.
Dyades en captivité à l'hôpital	2.09	0.23	0.82	0.12	6.34	22	.000
Dyades sorties de la captivité et observées à la maison	2.91	0.36					

Les résultats de l'analyse inférentielle de la deuxième hypothèse de recherche sont contenus dans le tableau 5 ces résultats montrent que la moyenne des interactions des dyades augmente significativement lorsqu'elles passent du contexte de captivité vers le contexte de liberté (moyenne cl=2.91>moyenne cc=2.09, $p.=0.000$). Avec une valeur du t de student égale à 6.34 pour un degré de liberté de 22 et une probabilité de 0.000, nos résultats montrent une différence significative entre les moyennes des interactions des dyades lorsqu'elles sont en contexte de captivité et en contexte de liberté ($t_{(22)} = 6.34$, $dl=22$, $p.=0.000$). Ces résultats vont dans le sens de notre deuxième hypothèse de recherche qui s'énonce comme suit : les interactions mère-enfant s'améliorent significativement lorsque la dyade sort de l'état de captivité.

Comme on le voit, les résultats de l'analyse inférentielle montrent que nos hypothèses sont validées. Ainsi, on peut désormais admettre que le contexte à un effet sur les interactions mère-enfant.

6.3. Discussion des résultats

Le but de cette étude était d'explorer l'effet du contexte sur la réaction mère-enfant pendant la prime enfance à l'hôpital dans un contexte de captivité. En outre, nous nous attendions également à de nombreux faits dans les interactions de la dyade tels que décrit dans la littérature scientifique consacrée à cet effet. Nous nous référons aux travaux de (Spitz, 1958) sur, la relation mère- nourrisson dans laquelle, l'absence des soins maternels ont une influence négative sur la dynamique développementale de l'enfant. Il démontrera alors que l'hospitalisme et la dépression anaclitique sont la résultante des carences affectives observées chez les nourrissons séparés de leur mère et de leurs conséquences sur le développement psycho-affectif de l'enfant. (Spitz, 1958) va alors comparer le développement de deux populations d'enfant :

- (A) Des enfants nés de mère en prisons mais, s'occupant de leurs enfants pendant la journée avec, l'aide d'une soignante expérimentée.
- (B) Les enfants nés dans un orphelinat recevant des soins mais privés de toute Chaleur humaine.

Cette observation lui, a permis de faire des découvertes essentielles sur le plan psychopathologique de l'enfant. La relation dyadique est ainsi perturbée qualitativement et quantitativement.

Notre recherche n'a pas le même axe de travail. Néanmoins, nous observons a posteriori que nos résultats ne s'éloignent pas de ceux de (Spitz, 1958). Dans nos travaux en observant les groupe (A) composé des jeunes filles mères en post-partum retenus, dans une institution hospitalière pour n'avoir pas payé leur facture, nous avons constaté que les interactions dans les différents groupes n'avaient pas la même dynamique développementale. Dans le groupe (A) la dynamique était ralentie du fait du contexte de captivité ; Dans le groupe (B) la dynamique développementale évoluait de façon harmonieuse.

En nous appuyant sur nos résultats nous remarquons que la durée du séjour à l'hôpital, a, un impact sur la réversibilité ou l'irréversibilité de certaines attitudes. Autrement dit, plus une dyade met long à l'hôpital, difficile sera le retour d'un développement harmonieux.

Les résultats des travaux de (Hinde, 1964) ont démontré, le rejet maternel et la non sollicitation de l'environnement construisent, le mécanisme fondamental de la séparation mère – enfant chez les singes rhésus. Pour ce qui est de notre étude, les résultats ne nous permettent pas de faire un transfert à l'espèce humaine. Toutefois, nous constatons que, l'environnement humain partiellement manqué aux dyades en captivité. Elles n'ont pas reçu de visite durant leur séjour à l'hôpital et rarement à la maison. Ce qui limite nécessairement,

la richesse des interactions avec les pairs, autre que la principale figure maternelle. Aussi, les résultats de (Hinde et al. 1964) sur les singes en captivité montrent qu'au cours des premiers mois de la vie, les petits singes rhésus sont continuellement, en contact ventro-ventral avec leur mère par les mains, les pieds, la bouche. Rompre le contact et le reprendre est l'initiative du petit singe et en partie de la mère. Pour (Hinde et al. 1964), la situation de captivité n'entraîne pas la discontinuité dans l'évolution de la dynamique interactive. Cependant, ne nous référent sur les résultats de nos travaux et sur la base de nos observations, nous notons une discontinuité dans la dynamique interactive des dyades en captivité. Nous observons également des ruptures dans les échanges entre les dyades même si, il n'y'a pas séparation formelle entre les dyades. Il y'a toutefois une distance entre les dyades qui ne facilitent les interactions.

Sur un tout autre plan, les résultats des recherches de (Winnicott, 1995) ont permis la compréhension des enjeux essentiels de la relation mère – enfant. Ces résultats montrent qu'au début, le nouveau-né est dans une situation de dépendance absolue vis –à-vis de l'entourage. La mère répond par la préoccupation primaire. C'est -à- dire la capacité de la mère à s'identifier à son enfant pour le comprendre. Au cours de cette période, elle est littéralement en résonance avec les besoins du bébé. Elle éprouve une irrépressible nécessité de le satisfaire. La détresse de son enfant lui est intolérable. C'est pourquoi le chercheur parle de la mère suffisamment bonne. A la lumière de nos travaux, nous pouvons dire que nos résultats ne corroborent pas dans le même sens que ceux du chercheur. Par conséquent, nous pouvons dire que la « mère suffisamment bonne » n'est pas assez bonne suivant le contexte de captivité pour, satisfaire aux besoins de l'enfant en tout lieu, en tout temps. Nos travaux montrent que, les mères en captivité ne répondent pas aux besoins de leurs enfants. En se référant sur nos résultats, il pourrait se poser un problème d'intégration du Moi chez l'enfant. Ce qui pourrait avoir une résonance négative sur le développement ultérieur de l'enfant.

Le paradigme de (Tronick & Cohn 1978) dans le « visage impassible » nous montre que d'une part, le bébé est à l'origine des sollicitations de la part de sa mère par le regard, le sourire ou l'ébauche d'un geste et d'autres. Il est capable de détecter des variations dans la qualité affective du comportement maternel. En effet si sa mère ne répond pas à ses tentatives d'engager une interaction, ce que les mères en captivité font dans notre étude, les nourrissons se retirent et se renferment sur une période de temps proportionnelle à la non réponse de la mère aux sollicitations du bébé. Et si ces tentatives de mises en contact avec la mère n'aboutissent pas, elles cessent définitivement. Dans ce paradigme du « still face », l'étude est expérimentale. Par contre, notre observation est naturelle. Nous n'avons donné aucune

consigne aux mères de « garder le visage inexpressif, impassible, non souriant, et interdit de répondre aux sollicitations du bébé. » Nous avons toutefois remarqué le retrait des nourrissons, une rupture de dialogue, une discontinuité dans les accordages, entre les nouveau-nés et leur mère en captivité.

Sur le plan éthique pouvons-nous demander modestement s'il était nécessaire de donner ces consignes aux mères dans la théorie du « visage impassible » ? D'autant plus que, ces consignes sont déstructurées un tant soit peu les interactions influençant la dynamique interactionnelle. Or toute recherche auprès des êtres humains soulève des questions éthiques et morales. Dans le cadre du « visage impassible », les droits fondamentaux des sujets n'ont-ils pas été violés ? Par conséquent, il se pose un problème d'acceptabilité à la fois morale et scientifique du protocole mis en place par (Tronick & Cohn 1978). Nous émettons des réserves d'ordre déontologiques et éthiques : validité des protocoles (scientifiques) et la qualité point de vue morale. De ce qui précède, nous nous posons la question de savoir si une expérience reposant sur la simulation donc de la tromperie ou la « duperie » est-elle scientifiquement valide et moralement acceptable ? Par ailleurs y'a-t-il eu consentement entre les chercheurs et les sujets ? Si oui les mères ont donc choisi d'exposer leurs bébés sans le consentement de ces derniers dans la mesure les enfants ne sont pas des acteurs passifs dans l'interaction. Nous tentés de dire que, les mères n'ont pas eu de choix, elles ont plutôt subi. Par ailleurs, sur un autre angle, accoucher dès les hôpitaux contraste avec les pratiques d'accouchement traditionnelles en Afrique, une Afrique solidaire et communautariste. Les femmes qui accouchaient n'étaient abandonnées à elles-mêmes et elles étaient encadrées par des initiées. Par conséquent la notion d'attachement ne se réduit pas aux soins, à la sécurité, à la protection à la chaleur physique que la mère doit donner à son bébé, mais aussi aux soins, à la protection, à la sécurité que la société donne à la mère. D'où la congruence qu'il y'a entre le contexte et les interactions précoces pour ce qui est de notre étude.

De même, notre étude nous montre à travers nos résultats, nous avons relevé en dehors des interactions précoces mais, des détachements précoces chez les nouveau-nés dont les mères sont en captivité.

Pour des recherches futures au volet développemental des interactions en relations avec la psychologie sociale, la psychopathologie ou la psychologie cognitive...il serait intéressant d'approfondir les recherches dans ces domaines transversaux en tenant compte, du contexte de captivité. Notre étude s'est intéressée aux aspects comportementaux tels que : les interactions comportementales, affectives ou visuelles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La problématique sur le développement des compétences des nouveau-nés et de leurs besoins dans le cadre des interactions recoupe, les débats classiques entre les tenants d'une théorie de l'attachement qui est primaire c'est-à-dire qui ne dérive d'aucune autre et ceux qui pensaient que, l'attachement était quelque chose de secondaire. L'évolution des recherches ont finalement démontré que l'attachement est encore pour l'instant un besoin inné et, l'enfant naît avec des compétences que l'environnement, le contexte doivent développer, améliorer, perfectionner. Dans notre étude, l'ambition légitime à s'intéresser aux interactions en situation de captivité de la mère avec l'enfant, nous a révélé comment les interactions se développent dans une institution hospitalière lorsqu'une mère et son enfant sont libres ou non. En effet, dans une situation de captivité, le répertoire comportemental de l'enfant dont la mère est en captivité est réduit. Par ailleurs une fois à la maison nous avons remarqué que les expressions motrices des enfants se développent en rapport de leur durée à l'hôpital. Aussi, notre étude réaffirme l'innéité de certaines compétences précoces du nouveau-né et le rôle nécessaire de la mère principale figure d'attachement. Sans pour autant négliger celui de l'entourage. Au cours du temps, nous avons observé un développement global harmonieux chez les enfants dont les mères n'étaient pas en captivité. Toutefois, nous avons pu remarquer que des améliorations des interactions chez les dyades d'étude se faisaient lentement mais de façon progressive.

Nous avons constaté que les interactions corporelles, visuelles et verbales des dyades témoins se sont plus développées, les regards mutuels et l'attention conjointe se sont davantage améliorés et enrichies.

Par ailleurs, les mimiques faciales de bien-être sont plus marquées et plus expressives chez les dyades témoins. Ils sont plus expressifs et font beaucoup de sourires. Tandis que chez les dyades d'études les échanges étaient moins aisés.

Dans notre recherche, en ce qui concerne la première partie, nous avons essayé d'insérer théoriquement notre objet d'étude qui porte sur les interactions précoces. Après avoir mis en exergue, les différentes théories liées au développement humain, nous avons opté pour la méthode de la triangulation. Nous nous sommes appuyés sur la théorie de l'attachement or, une recherche n'a de sens que dans un contexte. À notre avis étant entendue qu'une théorie à elle seule ne se suffisait, nous avons trouvé raisonnable pour mieux cerner

notre objet d'étude, le saisir, l'analyser, le comprendre, l'expliquer et le rendre intelligible, de faire appel à d'autres théories comme celle du développement psycho-social d'E. Erikson et la théorie contextuelle avec Valsiner et Riegel. Par ailleurs, nous avons utilisé pour courant, celui des interactions et pour paradigme celui du visage impassible de (Cohn & Tronick 1978). Nous avons montré que, le courant interactionniste n'est pas nouveau dans l'étude du développement humain. Mais, en ce qui concerne les interactions précoces du nouveau-né c'est une préoccupation contemporaine. Par ailleurs il faut dire que, bien que, les cliniciens soient nombreux à étudier les interactions précoces, cela ne signifie pas que c'est un domaine à eux réservé. D'autres études non cliniques telles que celles de M. Ainsworth sur *la situation étrange*, ceux de Cohn et Tronick, sur *le paradigme du visage impassible* ou de l'étude de la triade décrite par Carboz et Fivaz et ceux de (Tramblay-Leveau & Nadel 1995) montrent que les interactions ne sont pas une chasse gardée des cliniciens. Bien avant eux il y a eu les éthologues avec (Bowlby,1958) ou (Harlow,1958). Notre étude s'inscrit modestement dans ce sillage. Avec l'avènement du système L.M.D. dans le système universitaire camerounais, il faut arrimer la recherche aux préoccupations existentielles de la société. C'est la raison pour laquelle, l'étude des interactions précoces entre un nouveau-né et sa mère en situation de captivité dans une institution hospitalière, nous a semblé pertinente. L'enfant, le nouveau-né, étant un être en développement est d'abord un produit de la société qui a ses pratiques, ses comportements qui influencent le développement individuel. Toutefois, dans une recherche, la saisie objective des données du terrain est nécessaire, ce fut l'objet de notre deuxième partie réservée à la méthodologie. Le suivi des dyades pendant 3 mois, nous a permis d'observer les progrès des enfants et le développement des interactions avec leur mère.

De même lorsque nous nous considérons les regards mutuels, nous constatons une différence significative entre les bébés témoins et ceux d'étude l'objet principal de notre travail qui gagnerait à être poursuivi. Aussi dans une équipe interdisciplinaire certains aspects qui n'ont pas été abordés par notre recherche trouveraient des réponses adéquates sur le plan de la psychopathologie développementale, la psychologie sociale développementale, ou la psychologie cognitive. C'est pourquoi il est important de pouvoir évaluer les relations parents-enfants car, il existe un ensemble de facteurs de risque pouvant perturber l'établissement des premiers liens. Par ailleurs, cela permet de dépister et prendre en charge de façon précoce et adaptée les dysfonctionnements interactifs, prévenir l'apparition des troubles psychiques. A la lumière de nos résultats, le contexte est effectivement une donnée importante dans les échanges interactionnels mère -enfant

BIBLIOGRAPHIE

- Abéquasses, J., (2004), *L'enfant à l'épreuve de la famille*.
- Ainsworth, M., D., Bell, S., M., Stayton, D., J., (1989). « *L'attachement de l'enfant à sa mère* » in *la recherche en éthologie*. Seuil : Collection points.
- Ajuriaguerra, (1977) « *de l'ontogenèse à la motricité* » in HECAEN
- Angers, M., (1996) *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*.
- Bagat, M., P., (1982). *Vers l'autonomie morale*. Firenze : Ginti et Barbara.
- Batinder, E., (2009). *L'Amour en plus*. Flammarion.
- Bideau, J., Houldé, O., et Pediniell, I J., - L., (2004). *L'homme en développement*. P U F.
- Bloch, H., Chemana E., Garnier Ph., Gineste M., D., Le conte P., et al (1997) *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Larousse
- Bowlby, J., (1978). The nature of the child tie to his mother. *International journal of psychology volume XXXI*.
- Brazelton, T., B., (1982). *La dynamique du nourrisson*. ESF, collection La vie de l'enfant.
- Brazelton, T., B., et Cramer B. (1991). *Les premiers liens*. Calmann-Lévy.
- Bruner, J., (1999). *Comment les enfants apprennent à parler*. Retz.
- Bruner, J., S., (1983). *Le développement de l'enfant. Savoir-faire, savoir dire*. P.U.F.
- Cameroun Tribune du vendredi 03 février 2017 P. 39
- Chanquay, L., et Negro, I., (2004). *Psychologie du développement*. Hachette Supérieur.
- Cosnier, J., (1989) Observation directe des interactions précoces ou la base de l'ontogénèse interactionnelle non verbale, in *Psychiatrie de l'enfant*.
- Couvert, M., (2011). *Les Premiers liens*. Fabert.
- Cramer, B. et Brazelton T., B., (1991). *Les premiers liens*. Calmann-levy
- Cramer, B., (1997). Essential development of questionnaire, design and development, *journal of clinical nursing* 10, 234-243.

- Cresas, (1987). *On n'apprend pas tout seul : interaction de l'intelligence et construction des savoirs*. E. S. F.
- Crittenden, P., (2008). *Attachement, parenting and child safety*. Routledge.
- Crunelle, D., (2008). *L'attachement, y être attentif pour un meilleur développement du jeune enfant (0-3 ans)*. Isbergues : ortho Edition.
- De Boisson-Bardies, (1996). *Comment la parole vient aux enfants*. Odile Jacob.
- Delassus, J., (1995). *Le sens de la maternité*. Dunod.
- Doron, R., et Parot F., (2005). *Dictionnaire de Psychologie*. P.U.F
- Duru-Bellat, M., et Fournier M., dir (2007). *L'intelligence de l'enfant : l'empreinte sociale*. Sciences Humaines.
- Field T., M., (1975). Mother stranger face discrimination by new born in *infant behavior and development* 7 (1).
- Fieldings et fieldings (1992) *in processus de la recherche, de la conception à la réalisation*. Decarie
- Florin, A. (2003). *Introduction à la psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent*. P.U.F
- Forcada-Guex, M., et coll. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months, *Pediatrics* n°118, 107-114.
- Fortin, M., F., (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à réalisation.*: Decarie
- Gauthier, B., (1986). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Presse Universitaire du Québec.
- Ghiglione, R., et Richard, J., F., (1998). *Cours de psychologie, origine et base*. Dunod
- Godefroid, J., (2012) *Psychologie*. De Boeck.
- Golder, C., (1995). Le développement cognitif in *Manuel de psychologie de l'enseignant*. Hachette
- Golse, B., (1989). *Le développement affectif de l'enfant*. Masson.

- Gonac'h, D., (1995). Du petit d'homme à l'adulte *in manuel de psychologie pour l'enseignant*. Hachette
- Gorbois, N., (2006). *Rôle des expériences précoces dans le développement cognitif*. Bulletin de Psychologie.net
- Guedeney, N., et Guedeney, A., (2006). *L'attachement, concept et applications*. Masson.
- Guidetti, M., (2002). *Les étapes du développement psychologiques*. Armand Colin.
- Harlow, H., F., (1958). « *Nature of love* ». *American psychology*. Volume XIII.
- Hinde, Rowel et Spencer (1964) in théorie de l'attachement
- Hinde et Spencer (1967) in théorie de l'attachement
- Kreisler, L., (1991) « *les bases originaires de l'organisation psychosomatique, les capacités réceptives et réactives du bébé à la réponse somatique* ». *Revue française de psychosomatique* 1,169-184
- Kreisler, L., et Cramer, B., (1981), Les interactions fantasmatiques, *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 223-263
- Lamb, M., E., Scherrod, L., R., (1981). *Infant social cognition*. Estbaum associates.
- Lautrey, J., Ionesco, S., et Blanchet, A., dir (2006). *Psychologie du développement et différentielle*. PUF.
- Leblanc, (1989) « *comparaison du comportement des mères d'enfant à terme et des mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé* ». *Psychiatrie de l'enfant Paris Estel* XXXII, 1,249-268
- Lebovici, S., Mazet P et Visier, J, P., (1989). *Évaluation des interactions entre le bébé et ses partenaires*. Edition Eshel.
- Le Camus, J., (1985). *Les relations et les interactions du jeune enfant, étude ethnopsychologique de son développement*. ESF, collection La vie de l'enfant.

- Lehalle, H., Mellier, D., (2005). *Psychologie du développement : enfance et adolescence*. Dunod.
- Levy, D., (1999). *Interactions précoces mères-nouveau-nés prématurés dans les premiers jours de vie : deux personnages en quête d'auteur*. Mémoire d'orthophonie.
- Lewis, M., Rosenblum, L. (eds) (1974). *The effect of the infant on its caregiver*. John, Wiley.
- Lézine, I., (1976). *Propos sur le jeune enfant*. Delarge.
- Lézine, I., (1972). « *Influence du milieu sur le jeune enfant* » in Duyckaerts, E., Hindley, C., B., Lézine, I., Reuchlin, M., et Zempleni, A., *Milieu et développement*. 259-312.
- Mace, G., Pétry, F., (2010). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en science sociale*. De Boeck Université
- Malher, M., (1990). *Psychose infantile : Symbiose humaine et individuation*. Payot.
- Marty, F., (2007). Le psychologue à l'hôpital. In press.
- Mazet, (2003), the interpersonal world of the infant.
- Melher, S., et Dupoux, E., (1990). *Naitre humain*. Odile Jacob
- Montagner, H., (1988). *L'attachement, les débuts de la tendresse*. Odile Jacob.
- Montagu, (1979). *La peau, le toucher un premier langage*. Le Seuil
- Muir, D., W., et Nadel J., (1998) Infant social perception in *Psychologie du développement, enfance et adolescence*. Dunod
- Murray et Travarthen (1985). Synchronisation des interactions entre bébé de 2 Mois et mère. In *Psychologie du développement : Enfance et adolescence*. Dunod
- Murray, T., et Michel, C., (1994). *Théories du développement de l'enfant, études comparatives*. Paris, Deboek et Larcier.
- Palix, C., (2003). *Bien traiter le bébé dès l'aube de la vie*. Journal de pédiatrie et de puériculture, vol. n°2, pp 108-112, Marseille.
- Pêcheux, M., G., et Lecuyer, R., (1989), Les méthodes d'études du nourrisson in *méthode expérimentale en psychologie*. Bordas

- Pierrehumbert, P., (2003). *Le premier lien, théorie de l'attachement*. Odile Jacob.
- Pignol, J., (2005), Peau à Peau un contact crucial pour le nouveau-né, *Revue Spirale*.
- Quivy, R., Campenhoudt L., V., (1985). *La recherche en science sociales*. Dunod.
- Rondal, J., -P., (1999). *Comment le langage vient aux enfants*. Tournai, Labor.
- Rutter, (1998), Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation, *journal of child and psychiatry*, 39, 465-476.
- Sillamy, N., (1983). Dictionnaire usuel de la psychologie. Bordas
- Slater, (1998). The competent infant : innate organization and early learning in visual perception in *Psychologie du développement et de l'adolescent*. Dunod.
- Spitz, R., -A., (1948). *La première année de la vie, in De la naissance à la parole*. PUF.
- Stern, D., N., (1989). *Le monde interpersonnel du bébé*. PUF.
- Thomas, E., (éd) (1979). *Origin of infant responsiveness*, Hillsdale: N., J., Lawrence Erlbaum associates.
- Tourette, C., et Guidetti, M., (2002). *Introduction à la psychologie du développement du bébé à l'adolescent*. Armand Colin.
- Tremblay-Leveau, H., et Nael J., (1995) Young children's communicative skills in triads, in *Psychologie du développement, enfance et adolescence*. Dunod.
- Tremblay-Leveau, H., (2002), « *méthodologie des sciences humaines* ». Edition du nouveau pédagogique
- Tronick, E., (éd.) (1982). *Social interchange infancy*. Baltimore: Md, University Park Press.
- Tsala Tsala, J., P., (1997). *Psychologie de l'enfant. Cours et concours*. Polycopie.
- Valsiner J., (1988). *Developmental psychology in the Soviet Union*, Brighton: Harvester, Press.
- Vinter, A., (1986), *L'imitation chez le nouveau-né* Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Wallon, H., (1978). *Votre enfant de 0 à 6 ans*. Payot.

Wallon, H., 1959. « Rôle d'autrui et conscience de soi » dans, *Enfance*, Evry, n° spécial, pp. 279-86.

Winnicott, D., W., (1982), « *l'enfant et sa famille les première relations* ». Petite bibliothèque, Payot

Winnicott, D., W., (1995). *Le bébé et sa mère*. Payot.

www.apa.org. *Rédaction des références bibliographiques selon les normes de l'American Psychological Association* (2015). Consulté le 1^{er} Février 2015.

www.Cairn.info.Ce que les bébés nous ont appris. Prieur, R., consulté le samedi 12 Juin 2014.

www.enfant-encyclopédie.com État de vigilance et développement émotionnel. Challamel M., J., consulté le samedi 12 Juin 2014.

www.excellence-jeunesenfants.ca. Le premier lien, théorie de l'attachement. Paris : Odile jacob. Consulté le samedi 21 Juin 2013.

www.Journals.elsevier.com, *Effect of situation on situation-infant interaction*. Janneke, A., Mass, B., M., consulté le samedi 21 Juin 2014.

www.psyfontevraud.free.fr Installation précoce de la relation mère-enfant. Duverger P., consulté le Samedi 12 Juin 2014.

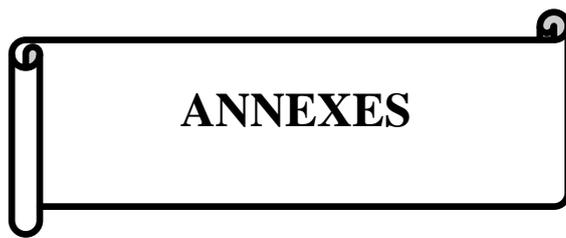
www.Sciencedirect.com Effects of sex of infant on feeding behavior. Hwang, C., P., consulté le Samedi 17 Mai 2014.

www.Sciencedirect.com Changing patterns of patterns of infant's behaviors and mother infant interaction: intro and interindividual variability. Consulté le Samedi 14 Décembre 2013.

www.Sciencedirecte.com Charting the dynamic character of mother infant. Cerezo M., A., Salvador G., P., consulté le Samedi 12 Juin 2014.

Zazzo, R., (1979). *L'attachement* 2e éd. Delachaux et Niestlé.

Zazzo, R., (1986). *La première année de la vie*. P U F.



ANNEXES

Tableau I : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : ECAP 1

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Impression de bien-être	- - -	1	- + +	3	- - -	1
Effet de la voix	- + +	3	- - +	2	+ - +	3
Effet du toucher	- - -	1	- + -	2	- - +	2
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	- - -	1	- - +	2	+ + -	3
Réponse aux regards	- - +	2	- - -	1	+ - -	2
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - -	1	- + -	2
Détourne le regard	+ + +	4	+ + +	4	+ - -	2
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- + -	2	- - +	2
Détendu	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Mouvement de la tête	+ + -	3	- + -	2	- - +	2
Mouvement des membres	+ + +	4	- - -	1	- + -	2
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	- - -	1	+ - -	2	- - -	1
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique d'inconfort	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique de bien être	- - -	1	- - -	1	- + -	2
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de douleur	+ + +	4	+ + +	4	- + +	3
Cris de faim	+ + +	4	+ + +	4	+ - +	3
Cris de colère	+ + +	4	- + -	2	- + +	3
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - +	2	+ - -	2	- - +	2
Allaitement						
Aux seins	- - +	2	- - -	1	- - -	1
Aux biberons	- - +	2	- - -	1	+ - -	2

Notes + + + = comportement très fréquent = 4
+ + - = comportement fréquent = 3
+ - - = comportement peu fréquent = 2
- - - = comportement absent = 1

Tableau II : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : MACH

Attitude générale	RA	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendue	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Affligée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Anxieuse	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Favorise l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Empêche l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Embrasse son bébé	- - -	1	- + -	2	- - -	1
Berce son bébé	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage gaie	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage triste	+ + +	4	+ + +	4	- - -	1
Joue avec son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Change le bébé	- - -	1	- - -	1	+ - +	3
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Chante	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Comptine	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Parlé bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Débit	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Port de l'enfant	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Participe à l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Notes + + + = comportement très fréquent = 4
+ + - = comportement fréquent = 3
+ - - = comportement peu fréquent = 2
- - - = comportement absent = 1

Tableau III : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : ECAP₂H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ + +	4	+ + +	4	- - -	1
Impression de bien-être	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Effet de la voix	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Effet du toucher	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	- - -	1	- + -	2	- - -	1
Réponse aux regards	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - -	1	- + +	3
Détourne le regard	+ + +	4	+ + +	4	+ - +	3
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Détendu	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ - -	2	- - -	1
Mouvement des membres	+ + +	4	+ - -	2	+ - -	2
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	- - -	1	- - -	1	- + +	2
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique d'inconfort	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique de bien être	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de douleur	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de faim	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de colère	+ + +	4	+ + +	4	+ + -	3
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Allaitement						
Aux seins	- - -	1	+ - -	2	+ - -	2
Aux biberons	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau IV : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : **MCAP₂**

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendue	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Affligée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Anxieuse	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Favorise l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Empêche l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - -	1	- + -	2
Embrasse son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Berce son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage gaie	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage triste	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Joue avec son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1	+ - -	2	- - +	2
Change le bébé	+ - -	2	- - -	1	- + -	2
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Chante	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Comptine	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Parlé bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Débit	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Port de l'enfant	- - -	1	+ - -	2	- - -	1
Participe à l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau V : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés l'hôpital : **ECAP₃H**

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ - -	2	+ - +	3	+ - +	3
Impression de bien-être	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Effet de la voix	- - -	1	- - -	1	- + +	2
Effet du toucher	+ + +	4	- - -	1	- - -	1
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Réponse aux regards	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Tourne sa tête vers sa mère	+ + -	2	+ - -	2	- - -	1
Détourne le regard	+ + +	4	+ - -	2	+ + +	4
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Détendu	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mouvement de la tête	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ - -	2	- - -	1	- - -	1
Contact corporel	- - -	1	- - -	1	- + -	2
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique d'inconfort	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique de bien être	- - +	2	- - -	1	- + +	3
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	- + +	2	+ + +	4
Cris de douleur	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de faim	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de colère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Allaitement						
Aux seins	- + -	2	- + -	2	- - -	1
Aux biberons	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau VI : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : MCAP3H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendue	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Affligée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Anxieuse	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Favorise l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Empêche l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Embrasse son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Berce son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage gaie	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage triste	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Joue avec son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1			- - -	1
Change le bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Chante	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Comptine	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Parlé bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Débit	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Port de l'enfant	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Participe à l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau VII : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : ECAP_{4H}

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ + +	4	- + +	3	+ - +	3
Impression de bien-être	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Effet de la voix	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Effet du toucher	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	- - -	1	- - -	1	- + -	2
Réponse aux regards	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	+ + -	3
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Détendu	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mouvement de la tête	- - -	1	- + +	3	+ + -	3
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + -	3
Contact corporel	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique d'inconfort	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique de bien être	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + +	4	- + +	3
Cris de douleur	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de faim	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de colère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Allaitement						
Aux seins	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Aux biberons	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau VIII : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : **MCAP₄H**

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendue	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Affligée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Anxieuse	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Favorise l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Empêche l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Embrasse son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Berce son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage gaie	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Visage triste	+ + +	4	- - -	1	+ + +	4
Joue avec son bébé	- - -	1	+ + +	4	- - -	1
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Change le bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Chante	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Comptine	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Parlé bébé	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Débit	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Port de l'enfant	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Participe à l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau IX : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : **ELB₁H**

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel						
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Mimique d'inconfort	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique de bien être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	+ - -	2	- - +	2	- + -	2
Cris de douleur	- - -	1	+ - -	2	+ - -	2
Cris de faim	- + +	3	- - -	1	- - +	2
Cris de colère	- + +	3	- - -	1	- - -	1
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	+ - -	2	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Aux biberons	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4

Tableau X : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : MELIB₁H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Détendue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Affligée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Anxieuse	- - -	1	- + -	2	- - +	2
Favorise l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ - +	3
Empêche l'interaction	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+ + +	4	+ + +	4	- - +	2
Embrasse son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Berce son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage gaie	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage triste	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Joue avec son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Change le bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Chante	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Comptine	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Parlé bébé	- - -	1	+ - +	2	+ + +	4
Débit	+ + -	3	+ + -	3	+ + +	4
Attitude familiales						
Visites	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Port de l'enfant	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Participe à l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XI : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : **ELIB₂H**

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	- - -	1	- + +	1	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Réponse aux regards	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel					+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique d'inconfort	- - -	1	+ + -	3	+ - +	3
Mimique de bien être	+ + +	4	+ + +	4	+ - +	3
Attitude vocale						
Pleurs	- - -	1	- + +	3	+ + -	3
Cris de douleur	- - +	2	+ + -	3	- - +	2
Cris de faim	+ - -	2	- - +	2	- - -	1
Cris de colère	+ + -	3	+ + -	3	+ - -	3
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Aux biberons	- - -	1	- + +	3	+ - +	3

Tableau XII : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : MELIB2H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Détendue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Affligée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Anxieuse	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Favorise l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Empêche l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Embrasse son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Berce son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage gaie	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage triste	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Joue avec son bébé	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Change le bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Chante	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Comptine	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Parlé bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Débit	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Attitude familiales						
Visites	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Port de l'enfant	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Participe à l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XIII : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : ELIB₃H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Réponse aux regards	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - -	1	- + +	2
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	- + +	2
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- + +	2
Mimique d'inconfort	+ - +	3	+ + -	3	+ + -	3
Mimique de bien être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	+ + -	3	- - -	1	- + +	2
Cris de douleur	- + -	2	+ - -	2	+ - -	2
Cris de faim	+ - -	2	+ - -	2	+ - -	2
Cris de colère	- - -	1	- - +	2	+ - -	2
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Aux biberons	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XIV : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : MELIB₃H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Affligée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Anxieuse	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Favorise l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Empêche l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Embrasse son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Berce son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage gaie	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage triste	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Joue avec son bébé	+ - +	2	+ - +	2	- + +	3
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Change le bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Chante	- - +	2	+ - +	2	+ + +	4
Comptine	+ + +	4	+ + -	3	- + +	3
Parlé bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Débit	+ + -	3	+ - -	2	- - +	2
Attitude familiales						
Visites	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Port de l'enfant	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Participe à l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XV : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à l'hôpital : ELIB₄H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ - -	2	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	- - +	2	+ - +	3	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	+ + -	3	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1		
Explore les objets	- - -	1	- - -	1		
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique d'inconfort	- + -	2	+ - -	2	- - -	1
Mimique de bien être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	+ - +	3	+ - +	3	- + -	2
Cris de douleur	- - -	1	+ - +	3	- + -	2
Cris de faim	+ - -	2	- + -	2	- + -	2
Cris de colère	+ - -	2	- + -	2	- - -	1
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	- - -	1	- - -	1	+ + -	3
Aux biberons	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XVI : Grille d'observation des comportements chez les mères à l'hôpital : MELIB₄H

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Affligée	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Anxieuse	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Favorise l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Empêche l'interaction	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Embrasse son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Berce son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage gaie	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Visage triste	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Joue avec son bébé	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Change le bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Chante	+ + +	4	+ + +	4	+ - +	3
Comptine	+ + -	3	- + +	3	+ - +	3
Parlé bébé	- - -	1	+ + +	4	+ - +	3
Débit	- - -	1	- - +	2	+ + +	2
Attitude familiales						
Visites	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Port de l'enfant	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Participe à l'interaction	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XVII : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison : ECAP₁M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ + +	4	+ + +	4	+ - -	2
Impression de bien-être	- - -	1	- - -	1	- - +	2
Effet de la voix	- - -	1	- - -	1	- + +	3
Effet du toucher	- + -	2	- + +	3	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ - +	3	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	- - -	1	+ - +	3	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Détendu	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Mouvement de la tête	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Mouvement des membres	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Mimique d'inconfort	- - -	1	- + +	3	- - -	1
Mimique de bien être	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de douleur	+ + +	4	+ - -	2	- - -	1
Cris de faim	+ + -	3	- + -	2	- - -	1
Cris de colère	+ + +	4	+ - -	2	- - -	1
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ - +	3	+ + -	3	+ + +	4
Aux biberons	+ - +	3	- + +	3	+ + +	4

Tableau XVIII : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison : MECAP₁M

Attitude générale	RA	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + -	3	- - -	1	- - -	1
Détendue	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Affligée	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Anxieuse	+ + +	4	+ + +	4	- - -	1
Favorise l'interaction	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Empêche l'interaction	+ + -	3	- - -	1	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Embrasse son bébé	- - +	1	+ + +	4	+ + +	4
Berce son bébé	- + +	3	- + +	3	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Visage gaie	+ - -	2	+ - +	3	+ + +	4
Visage triste	+ - -	2	- + +	3	- + +	3
Joue avec son bébé	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Change le bébé	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Chante	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Comptine	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Parlé bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Débit	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Port de l'enfant	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Participe à l'interaction	- - -	1	- - +	2	+ + +	4

Tableau XIX : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison :
ECAP2M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Impression de bien-être	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + -	3	- - -	1	- - -	1
Réponse aux regards	- + +	3	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Détourne le regard	+ + -	3	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Détendu	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Mouvement de la tête	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Mouvement des membres	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Mimique d'inconfort	+ + +	4	+ + -	3	- - -	1
Mimique de bien être	- + -	2	- + +	3	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + -	3	- + +	3
Cris de douleur	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de faim	+ - +	3	+ - -	2	- - +	2
Cris de colère	+ + -	3	+ - +	3	+ - -	2
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Aux biberons	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XX : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison : MECAP₂M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	- - -	1	+ - +	3
Détendue	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Affligée	+ + +	4	+ + +	4	- - -	1
Anxieuse	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Favorise l'interaction	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Empêche l'interaction	- - -	1	- + +	3	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Embrasse son bébé	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Berce son bébé	- + -	2	- + -	2	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Visage gaie	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Visage triste	+ - -	2	+ - +	3	- - +	3
Joue avec son bébé	- - -	1	+ - +	2	+ + -	3
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Change le bébé	+ - +	3	+ + -	3	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- + +	3	+ + -	3	+ + +	4
Chante	- + -	2	+ + +	4	+ + +	4
Comptine	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Parlé bébé	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Débit	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Port de l'enfant	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4
Participe à l'interaction	- - -	1	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XXI : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison :
ECAP₃M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+ - +	3	+ - +	3	- - -	1
Impression de bien-être	- - -	1	- + -	1	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Détourne le regard	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Explore les objets	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Détendu	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Mouvement de la tête	- - -	1	- - +	2	- - +	2
Mouvement des membres	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	- - -	1	- + +	3	+ + +	3
Mimique d'inconfort	+ + +	4	+ + +	4	+ - -	2
Mimique de bien être	- - -	1	- - -	1	- + +	3
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + +	4	+ - -	2
Cris de douleur	+ + +	4	+ + +	4	+ - +	3
Cris de faim	+ + -	3	- + -	2	+ - -	2
Cris de colère	+ - +	3	+ - +	3	+ - -	2
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	- - -	1	- - -	1	- + +	3
Allaitement						
Aux seins	- + +	3	- + -	2	+ + +	4
Aux biberons	- - +	2	- + -	2	+ + +	4

Tableau XXII : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison : MECAP₃M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+ + +	4	+ - -	2	- - -	1
Détendue	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Affligée	+ + +	4	+ + +	4	- - -	1
Anxieuse	+ + +	4	+ + +	4	- - +	2
Favorise l'interaction	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Empêche l'interaction	- - -	1	- - +	2	- + -	2
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Embrasse son bébé	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Berce son bébé	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	+ - -	2
Visage gaie	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Visage triste	+ + +	4	+ + -	3	- - -	1
Joue avec son bébé	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1	- + +	3	+ - +	3
Change le bébé	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- - -	1	+ - +	3	+ + +	4
Chante	- - -	1	- - +	2	+ + +	4
Comptine	- - +	2	+ - +	3	+ + +	4
Parlé bébé	- - -	1	- + -	2	+ + +	4
Débit	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	- - -	1	+ + +	4
Port de l'enfant	- - -	1	- + +	3	+ + +	4
Participe à l'interaction	- - -	1	- - +	2	+ + +	4

Tableau XXIII : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison : **ECAP₄M**

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	+++	4	++-	3	+++	4
Impression de bien-être	---	1	--+	2	+++	4
Effet de la voix	---	1	---	1	+++	4
Effet du toucher	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	---	1	+++	4	+++	4
Réponse aux regards	---	1	+++	4	+++	4
Tourne sa tête vers sa mère	---	1	--+	2	+++	4
Détourne le regard	---	1	+++	4	-+-	2
Explore les objets	---	1	---	1	-++	3
Attitude corporelle						
Hypertonique	---	1	---	1	-++	3
Détendu	---	1	---	1	+++	4
Mouvement de la tête	--+	2	-++	3	+++	4
Mouvement des membres	--+	2	-++	3	+++	4
Dialogue	+++	4	+++	4	+++	4
Contact corporel	---	1	+++	4	+++	4
Attitude faciale						
Sourire	---	1	--+	2	+++	4
Mimique d'inconfort	+++	4	+++	4	--+	2
Mimique de bien être	---	1	---	1	-++	3
Attitude vocale						
Pleurs	+++	4	+++	4	+--	2
Cris de douleur	+ - +	3	+ - -	2	--+	2
Cris de faim	+ - +	3	- + -	2	- + -	2
Cris de colère	+ - +	3	+ - -	2	- + +	3
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	--+	2	+ - -	2	+++	4
Allaitement						
Aux seins	--+	2	- + +	3	+++	4
Aux biberons	---	1	---	1	- + +	3

Tableau XXIV : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison :
MECAP4M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	+++	4	+++	4	+- -	2
Détendue	- - -	1	- - -	1	- + +	3
Affligée	+++	4	+++	4	+- -	2
Anxieuse	+++	4	+++	4	+- -	2
Favorise l'interaction	- - -	1	- - -	1	+++	4
Empêche l'interaction	+++	4	+++	4	- - -	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	- - -	1	- - -	1	+++	4
Embrasse son bébé	- - -	1	- - +	2	+++	4
Berce son bébé	- - -	1	- - -	1	+++	4
Attitudes faciales						
Sourire	- - -	1	- - -	1	+++	4
Visage gaie	- - -	1	- - -	1	+++	4
Visage triste	+++	4	+++	4	+++	4
Joue avec son bébé	- - -	1	- - -	1	+++	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	- - -	1	- - -	1	+++	4
Change le bébé	- - -	1	- - +	2	- - -	1
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	- - -	1	- + -	2	+++	4
Chante	- - -	1	+ - -	2	+++	4
Comptine	- - +	2	- - +	2	+++	4
Parlé bébé	- - -	1	- + -	2	+++	4
Débit	- - -	1	- + -	2		
Attitude familiales						
Visites	- - -	1	+ - +	3	+ - +	3
Port de l'enfant	- - -	1	- - -	1	+++	4
Participe à l'interaction	- - -	1	+ - +	3	+ - +	3

Tableau XXV : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison : ELIB₁M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique d'inconfort	- - +	2	- - +	2	- + -	2
Mimique de bien être	+ + -	3	+ + +	4	+ + -	3
Attitude vocale						
Pleurs	- + -	2	- + -	2	- + -	2
Cris de douleur	- + -	2	- + -	2	- - -	1
Cris de faim	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Cris de colère	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Aux biberons	- - +	2	+ + +	4	+ + +	4

Tableau XXVI : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison : MELIB₁M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	---	1	---	1	---	1
Détendue	+++	4	+++	4	+++	4
Affligée	---	1	---	1	---	1
Anxieuse	---	1	---	1	---	1
Favorise l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4
Empêche l'interaction	---	1	---	1	---	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+++	4	+++	4	+++	4
Embrasse son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Berce son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitudes faciales						
Sourire	+++	4	+++	4	+++	4
Visage gaie	+++	4	+++	4	+++	4
Visage triste	---	1	---	1	---	1
Joue avec son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude attentionnelle	+++	4	+++	4	+++	4
Attentive au comportement de son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Change le bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+++	4	+++	4	+++	4
Chante	+++	4	+++	4	+++	4
Comptine	+++	4	+++	4	+++	4
Parlé bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Débit	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude familiales						
Visites	+++	4	+++	4	+++	4
Port de l'enfant	+++	4	+++	4	+++	4
Participe à l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4

Tableau XXVII : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison : ELIB₂M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique d'inconfort	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Mimique de bien être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Cris de douleur	- + -	2	- + -	2	- + -	2
Cris de faim	+ - -	4	+ - -	4	+ - -	4
Cris de colère	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ + -	3	+ + -	3	+ + -	3
Aux biberons	- - -	1	- - -	1	- - -	1

Tableau XXVIII : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison : MELIB₂M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	---	1	---	1	---	1
Détendue	+++	4	+++	4	+++	4
Affligée	---	1	---	1	---	1
Anxieuse	---	1	---	1	---	1
Favorise l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4
Empêche l'interaction	---	1	---	1	---	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+++	4	+++	4	+++	4
Embrasse son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Berce son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitudes faciales						
Sourire	+++	4	+++	4	+++	4
Visage gaie	+++	4	+++	4	+++	4
Visage triste	+++	4	+++	4	+++	4
Joue avec son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Change le bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+++	4	+++	4	+++	4
Chante	+++	4	+++	4	+++	4
Comptine	+++	4	+++	4	+++	4
Parlé bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Débit	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude familiales						
Visites	+++	4	+++	4	+++	4
Port de l'enfant	+++	4	+++	4	+++	4
Participe à l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4

Tableau XXIX : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison : ELIB3M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Détourne le regard						
Explore les objets	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale						
Sourire	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mimique d'inconfort	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Mimique de bien être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude vocale						
Pleurs	+ - -	2	+ - -	2	+ - -	2
Cris de douleur	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Cris de faim	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Cris de colère	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Aux biberons	- - +	2	- - +	2	- - +	2

Tableau XXX : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison :
MELIB₃M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	---	1	---	1	---	1
Détendue	+++	4	+++	4	+++	4
Affligée	---	1	---	1	---	1
Anxieuse	---	1	---	1	---	1
Favorise l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4
Empêche l'interaction	---	1	---	1	---	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+++	4	+++	4	+++	4
Embrasse son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Berce son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitudes faciales						
Sourire	+++	4	+++	4	+++	4
Visage gaie	+++	4	+++	4	+++	4
Visage triste	---	1	---	1	---	1
Joue avec son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Change le bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+++	4	+++	4	+++	4
Chante	+++	4	+++	4	+++	4
Comptine	+++	4	+++	4	+++	4
Parlé bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Débit	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude familiales						
Visites	+++	4	+++	4	+++	4
Port de l'enfant	+++	4	+++	4	+++	4
Participe à l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4

Tableau XXXI : Grille d'observation des comportements des nouveaux nés à la maison : ELIB4M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Somnolent	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Impression de bien-être	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet de la voix	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Effet du toucher	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude visuelle						
Regard de sa mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Réponse aux regards	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Tourne sa tête vers sa mère	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Détourne le regard	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Explore les objets	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Attitude corporelle						
Hypertonique	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Détendu	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement de la tête	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Mouvement des membres	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Dialogue	+ + +		+ + +		+ + +	
Contact corporel	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Attitude faciale		4		4		4
Sourire	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Mimique d'inconfort	- + -	2	- - +	2	- - +	2
Mimique de bien être	+ + -	3	+ + +	3	+ + +	3
Attitude vocale						
Pleurs	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Cris de douleur	- - +	2	- - +	2	- - +	2
Cris de faim	- - -	1	- - -	1	- - -	1
Cris de colère	- - -	1	+ - -	2	+ - -	2
Réaction aux sollicitations verbales de la mère						
Réagit à la voix de la mère	+ + +	4	+ + +	4	+ + +	4
Allaitement						
Aux seins	+ - +	3	+ - +	3	+ - +	3
Aux biberons	- - +	2	- - +	2	- - +	2

Tableau XXXII : Grille d'observation des comportements chez les mères à la maison : MELIB4M

Attitude générale	R1	Score	R2	Score	R3	Score
Crispée	---	1	---	1	---	1
Détendue	+++	4	+++	4	+++	4
Affligée	---	1	---	1	---	1
Anxieuse	+++	4	+++	4	+++	4
Favorise l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4
Empêche l'interaction	---	1	---	1	---	1
Attitude gestuelle et corporelle						
Recherche le contact	+++	4	+++	4	+++	4
Embrasse son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Berce son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitudes faciales						
Sourire	+++	4	+++	4	+++	4
Visage gaie	+++	4	+++	4	+++	4
Visage triste	+++	4	+++	4	+++	4
Joue avec son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude attentionnelle						
Attentive au comportement de son bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Change le bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude vocale/verbale						
Verbalise	+++	4	+++	4	+++	4
Chante	+++	4	+++	4	+++	4
Comptine	+++	4	+++	4	+++	4
Parlé bébé	+++	4	+++	4	+++	4
Débit	+++	4	+++	4	+++	4
Attitude familiales						
Visites	+++	4	+++	4	+++	4
Port de l'enfant	+++	4	+++	4	+++	4
Participe à l'interaction	+++	4	+++	4	+++	4

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
IN MEMORIAM	ii
DEDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	viii
LISTE DES ABREVIATIONS	ix
LISTE DES TABLEAUX	x
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	5
1.1.Contexte de l'étude.....	Erreur ! Signet non défini.
1.2. Position du problème.....	8
1.3. Questions de recherche.....	10
. Hypothèses de recherches.....	10
1.4. Objectifs de l'étude.....	10
1.5. Intérêts et pertinence de l'étude.....	11
1.6. Délimitation de l'étude.....	12
1.7. Type de recherche.....	13
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	15
2.1. Définition et Clarification des concepts	15
2.1.1. Contexte de captivité	15
2.1.2. Interactions précoces	16
2.3. Revue de la littérature.....	17
2.3.2. 1. Les interactions comportementales	23
2.3.2.2. Les interactions corporelles	24
2.3.3.3. Les interactions visuelles.....	24
2.3.3.4. Les interactions vocales	24
2.3.3.5. Les interactions affectives	25
2.3.3.6. Les interactions fantasmatiques.....	26

2.4. La dynamique interactive	26
2.4.1. La dynamique temporelle	27
2.4.2. L'évolution de la dynamique interactive	27
2.5. Une mère.....	28
2.5.1. L'importance de la mère	29
2.5.2. La mère comme régulatrice des processus physiologiques,	30
émotionnels et cognitif.	30
2.6. Le nouveau-né	31
2.6. Le bébé vu par les hommes de science.....	32
2.6.1. Le bébé cognitif.....	32
2.6.2. Le bébé affectif.....	33
2.6.3. Le bébé social	33
3. Les compétences du nouveau-né	33
3.1.1 Les compétences sensorielles	35
3.1.2. Les compétences visuelles.....	35
3.1.3. Les compétences auditives	36
3.1.4. Compétences olfactives et gustatives	36
3.1.5. Les compétences motrices	36
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE.....	38
3.1. Théories de référence de l'étude, et le model de l'étude	38
3.1.1 La triangulation théorique	39
3.1.2 La théorie de l'attachement.....	40
3.1.3. La théorie contextuelle avec Riegel et Valsiner	45
3.1.4. La théorie dialectique de Riegel	45
3.1.5. La théorie historico-culturelle de Valsiner	46
3.1.6. Le paradigme du visage impassible, "STILL FACE"	48
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE	50
CHAPITRE 4 : MÉTHODE DE L'ÉTUDE	51
4.1. Justification du choix méthodologique.....	51
4.2. Rappel des hypothèses.....	51
HYPOTHÈSE PRINCIPALE.....	51
4.3. Définition des variables	52
4.4. Population d'étude et présentation du site de recherche.....	52
4.4.1. Lieu d'étude.....	52

4.4.2. Les services et missions de l'hôpital général obstétrique et pédiatrique de Yaoundé	53
4.4.3. Site de l'étude : le service de néonatalogie.....	53
4.4.4. Population et méthode d'étude	54
4.4.4.1 Population d'étude.....	54
4.4.4.2. Les critères de sélection.....	54
4.4.4.3. Critères d'inclusion.....	54
4.4.4.4. Critères de d'exclusion.	54
4.4.4.5. La population cible et accessible.	54
4.4.4.6. Présentation de la population.....	54
4.4.4.7. La situation d'observation et protocole	55
4.4.4.8. Le matériel	58
5. Outils d'analyse	58
5.1. Les grilles d'observation	58
5.1.1. Élaboration de la grille d'observation	58
5.1.2. Les modalités de recueil	58
5.1.3. L'observation des interactions mère-enfant.	58
5.1.4. La cotation des grilles.....	60
6.1.. Traitement des données	60
6.2. Les limites de notre étude.....	61
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	62
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET VERIFICATION DES RESULTATS.....	62
6.1. Interprétation des résultats.....	66
6.1.1. Interprétation des résultats du premier tableau : Dyades d'études à l'hôpital et à la maison.....	66
6.1.2. Dyades d'études à l'hôpital.....	68
6.1. 3. Interprétation de données dyades d'études à la maison :.....	75
6.1.4. Dyade témoin (en liberté) à l'hôpital.....	82
6.1.5. Dyades témoins à la maison.....	89
6.1.6. Interprétation des résultats du deuxième tableau : dyades en captivité et celles qui sont libres à l'hôpital.....	95
6.2. Vérification des résultats.....	98
6.2.1. Analyse inferentielle.....	98
6.2.3. Analyse inferentielle de la seconde hypothèse de recherche.....	99
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	62

BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	LXII
TABLE DES MATIÈRES	62