

L'attachement, les soins et le cerveau parental

L'attachement du nourrisson et le lien parental sont étroitement liés. Cet article examine d'abord l'apparition des différences individuelles dans ces deux dimensions et leur signification. Il explore ensuite leurs bases neurobiologiques, en se concentrant particulièrement sur le cerveau parental. Enfin, il aborde les stratégies permettant aux soignants de favoriser le développement d'un attachement sécurisé chez l'enfant.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – attachement ; cerveau ; lien ; neurosciences sociales ; soin ; synchronie

Attachment, caregiving, and the parental brain. Infant attachment and the parental bond are closely linked. This article first examines the emergence of individual differences in these two dimensions and their significance. It then explores their neurobiological bases, focusing particularly on the parental brain. Finally, it discusses strategies that caregivers can use to promote the development of secure attachment in children.

© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Keywords – attachment; bonding; brain; caregiving; social neuroscience; synchrony

Dès la grossesse et tout au long de la petite enfance, un lien émotionnel fort commence à se tisser entre les nourrissons et les personnes qui s'occupent d'eux, les *caregivers*¹. Ce lien est constitué de deux éléments.

◆ **Le premier élément est le comportement des nourrissons** envers les *caregivers*, en particulier leur recherche de proximité lorsqu'ils ont besoin d'aide. S'ils ont faim, s'ils ont froid, s'ils ont peur ou s'ils sont malades, ils ont naturellement tendance à rechercher le soutien physiologique, émotionnel et psychologique de leurs *caregivers*. Ce premier élément, appelé attachement, constitue la principale stratégie de survie sociale des nourrissons.

◆ **Le second élément est la réponse des *caregivers* au comportement d'attachement** des nourrissons, dont l'objectif principal est d'assurer une corégulation. Pour apporter un soutien efficace et des soins appropriés, ils doivent comprendre les besoins des tout-petits : leurs émotions, leurs intentions et leurs objectifs. Cela passe par le lien, caractérisé par des sentiments d'amour, d'affection et de compassion, qui traduit la conscience que les enfants ont besoin d'aide et la motivation à la leur apporter. Ce qui ressort de ce qui précède, c'est que l'attachement est toujours dirigé d'un "demandeur de soins" vers un "donneur de soins", c'est-à-dire des enfants vers les *caregivers*. Nous devrions toujours parler d'attachement nourrisson-*caregiver*,

mais de lien *caregiver*-nourrisson. Une différence minimale, mais importante [1].

◆ **L'attachement et les soins** sont étroitement liés. D'une part, la recherche de proximité des nourrissons dans le cadre de leur comportement d'attachement déclenche généralement un comportement de soins sous forme de corégulation. La nature de la corégulation des *caregivers* détermine ensuite si les besoins des enfants sont satisfaits et si le comportement d'attachement peut cesser. Au fil de nombreuses interactions de ce type, les nourrissons commencent à formuler des prédictions et des attentes concernant leurs futures interactions avec les *caregivers* et à adapter leur comportement d'attachement en conséquence. C'est ainsi qu'apparaissent les différences individuelles en la matière, également appelées styles, classifications ou orientations d'attachement. D'autre part, le comportement des *caregivers* est étroitement lié à leurs propres orientations actuelles et leur histoire en matière d'attachement. Très souvent, les orientations des parents en la matière se reflètent dans leur comportement de soins. Par ailleurs, si le propre système d'attachement des *caregivers* est activé, la manière dont ceux-ci prennent soin de leurs nourrissons en est affectée. En effet, l'attachement et les soins sont des comportements complémentaires maintenus par les mêmes systèmes neurobiologiques qui ne peuvent pas fonctionner de manière optimale s'ils sont utilisés simultanément [2].

Pascal Vrticka

PhD

Centre for Brain Science,
Department of Psychology,
University of Essex, Colchester,
Royaume-Uni

Adresse e-mail :
p.vrticka@essex.ac.uk
(P. Vrticka).

Note

¹ Dans la théorie de l'attachement, l'on nomme *caregiver* toute personne (père, mère et au-delà) qui prend soin de l'enfant.

Différences individuelles dans l'attachement et les soins

Les différences individuelles dans les orientations d'attachement des nourrissons apparaissent sous forme de prédictions et d'attentes concernant les interactions futures sur la base des interactions passées. Elles reflètent l'efficacité avec laquelle ils parviennent à susciter des soins et du soutien, la disponibilité des *caregivers* et leur capacité à répondre rapidement aux tentatives de recherche de proximité des nourrissons par le biais de la corégulation, ainsi que l'utilité et la pertinence de cette dernière.

◆ **Il est essentiel de ne pas considérer les orientations d'attachement** comme bonnes/fortes (c'est-à-dire sécurisées) ou mauvaises/faibles (c'est-à-dire insécurisées). Chaque nourrisson, à quelques très rares exceptions, s'attache à un ou plusieurs *caregivers*. En effet, sans attachement, les tout-petits ne peuvent pas survivre et s'épanouir. Par conséquent, toutes les orientations d'attachement ont du sens et sont souvent nécessaires, car elles apparaissent comme des réponses spécifiques à des exigences environnementales particulières. Si les *caregivers* sont systématiquement non réceptifs et non disponibles pour la corégulation, les nourrissons doivent adapter leur comportement d'attachement, devenir plus autosuffisants et s'engager dans davantage d'autorégulation. En revanche, si les *caregivers* ne sont pas systématiquement réceptifs et que leur disponibilité pour la corégulation est imprévisible, il est logique que les nourrissons intensifient leurs tentatives de recherche de soutien afin d'augmenter leurs chances d'être entendus [3].

◆ **Comment mesurer l'orientation d'attachement** des nourrissons mais aussi évaluer les styles d'attachement et de soins des *caregivers*, et comment ces mesures sont-elles liées les unes aux autres ? Malheureusement, les choses se compliquent à ce stade. C'est pourquoi l'essentiel de la confusion concernant la terminologie de l'attachement se situe ici. Le principal problème est qu'il n'existe pas qu'une seule mesure de l'attachement, mais plusieurs. Ce qui rend les choses encore plus difficiles, c'est que toutes les mesures reposent sur leurs propres hypothèses sous-jacentes, le calculent de nombreuses manières et utilisent divers termes pour rendre compte de leurs résultats.

◆ **L'attachement chez les jeunes nourrissons** est principalement évalué à l'aide d'observations comportementales telles que la procédure de la situation étrange (*Strange Situation Procedure* [SSP]) et reflète donc le comportement des enfants envers les *caregivers* [4]. À l'inverse, chez les adultes,

l'attachement est mesuré soit dans le cadre d'entretiens semi-structurés tels que l'entretien d'attachement de l'adulte (*Adult Attachment Interview* [AAI]), qui reflète la cohérence et le contenu des récits relatifs à l'histoire d'attachement d'une personne [5], soit à l'aide de questionnaires d'autoévaluation qui révèlent les sentiments et les pensées concernant les relations d'attachement actuelles (souvent romantiques) (par exemple, le questionnaire *Experiences in Close Relationships-Revised* [6]). En outre, alors que la SSP et l'AAI permettent d'établir des catégories d'attachement, les questionnaires d'autoévaluation génèrent des scores continus.

◆ **Malgré ces différences importantes**, toutes les mesures de l'attachement font généralement référence à des orientations d'attachement soit sécurisées (sauf dans l'AAI où elles sont qualifiées d'autonomes), soit insécurisées. Cela dit, de nombreux termes différents sont utilisés pour désigner l'attachement insécure : évitant/dissuasif ou anxieux/ambivalent/résistant/préoccupé. De plus, alors que la SSP comprend une quatrième orientation d'attachement chez l'enfant, à savoir la désorganisation [7], l'AAI peut également classer les adultes comme non résolus et les autoévaluations attribuent souvent à ces derniers une orientation insécure-craintive(-évitante), fearful(-avoidant). Bien que très souvent utilisés de manière interchangeable, la désorganisation chez les enfants et l'attachement non résolu ou insécure-craintif(-évitant) chez les adultes ne sont pas la même chose. Nous devons donc être très prudents concernant la terminologie de l'attachement [1].

◆ **Il existe d'autres mesures du lien parent-nourrisson** (malheureusement souvent appelé "attachement parent-nourrisson") ainsi que des soins. Il s'agit généralement de questionnaires d'autoévaluation remplis par les *caregivers*. Si certains sont structurés de manière similaire aux questionnaires sur l'attachement (par exemple, en examinant les styles de soins désactivants par opposition aux styles de soins hyperactivants liés, respectivement, aux orientations d'attachement évitantes et anxieuses [8]), la plupart ont une structure complètement différente (par exemple, évaluation de la connexion émotionnelle de la mère avec son nourrisson, y compris les sentiments d'affection, de plaisir et d'engagement dans le cadre du lien *caregiver*-nourrisson [9]). Il est donc souvent difficile d'établir un lien direct entre l'attachement nourrisson-parent et le lien parent-nourrisson.

◆ **Aucun des outils de mesure mentionnés ci-dessus**, y compris la SSP et l'AAI, ne permet d'établir un diagnostic clinique ni ne traduit un

trouble clinique quelconque. Il existe deux types de troubles de l'attachement qui se manifestent spécifiquement chez les nourrissons et qui sont répertoriés dans les systèmes de diagnostic psychiatrique tels que le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, à savoir le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé, mais ils sont très rares dans la population générale et ne peuvent être diagnostiqués que par des cliniciens qualifiés dans le cadre d'évaluations approfondies. Toute référence à un attachement (infantile) insécurisé ou désorganisé comme trouble de l'attachement est erronée et doit être ignorée [7].

La neurobiologie de l'attachement et des soins

Au cours des vingt dernières années, un nouveau domaine de recherche spécifiquement consacré à une meilleure compréhension de la neurobiologie de l'attachement humain a vu le jour : les neurosciences sociales de l'attachement humain (*Social Neuroscience of Human Attachment* [SoNeAt] [3]). Les connaissances récemment acquises dans ce domaine apportent deux éléments importants. Premièrement, elles permettent d'apprécier la complexité de la neurobiologie de l'attachement et de comprendre qu'elle est bien plus vaste que ce dont il est question habituellement. Deuxièmement, ces informations peuvent être utilisées pour appréhender à quel point la neurobiologie des soins est également complexe et à quel point elle est étroitement liée aux mêmes processus neurobiologiques que ceux impliqués dans l'attachement.

◆ **Les dernières intégrations des données SoNeAt** montrent clairement que l'attachement est présent partout dans le cerveau. Il n'existe pas de zone cérébrale de l'attachement unique et spécifique ni de circuit neuronal de l'attachement unique et spécifique. Le comportement d'attachement est très sophistiqué, il comprend de nombreux éléments différents qui se déroulent selon une séquence élaborée et nécessitent de nombreux calculs neuronaux différents. Nous avons récemment résumé ces considérations dans notre modèle neuroanatomique fonctionnel de l'attachement humain (*Neuro-Anatomical Model of Human Attachment* [NAMA]), dont un résumé est proposé ci-après (*encadré 1, figure 1*) [10,11].

◆ **Le comportement d'attachement est généralement déclenché** par un événement qui perturbe l'équilibre émotionnel et physiologique des nourrissons. Le premier processus neurobiologique impliqué est donc généralement celui

de la détection d'une menace et d'une réponse de peur, qui signale au reste du cerveau qu'un événement nécessitant une attention immédiate s'est produit. Nous localisons ces calculs neuronaux dans un "module d'aversion" (ou "module menace-peur-douleur") étendu qui traite la saillance des informations provenant de diverses sources. Vient ensuite le comportement de recherche de proximité des nourrissons, qui consiste à faire savoir aux autres qu'ils ont besoin d'aide. Cela implique une motivation prosociale à établir une proximité, qui est maintenue dans un autre réseau neuronal étendu que nous appelons le "module d'approche" (ou "module de connexion").

◆ **Si la proximité avec les autres est établie avec succès**, il se produit alors une corégulation, qui aide finalement les nourrissons à développer des capacités d'autoapaisement et d'autorégulation. Ce processus fonctionne par la régulation à la hausse ou à la baisse de l'activité dans les modules d'aversion et d'approche grâce à des connexions neuronales efficaces avec un autre réseau neuronal étendu que nous appelons le "module de régulation des émotions". En cas de corégulation réussie, la réponse de peur peut s'atténuer et l'état physiologique et émotionnel des nourrissons revenir à la normale. Cet apaisement du corps et de l'esprit est en soi agréable et gratifiant. Nous observons donc une fois de plus une augmentation de l'activité dans le module d'approche. Il est toutefois essentiel de noter que, comme le retour à la normale se produit en présence d'autres personnes qui apportent soutien et soins, leur présence sera associée à des sentiments positifs et à la récompense dans le module d'approche.

◆ **Enfin, si cette séquence se déroule de manière répétée et régulière**, les nourrissons commencent à former des attentes et des prédictions sur les interactions futures comprenant des représentations mentales d'eux-mêmes (que puis-je faire pour obtenir de l'aide ?) et des autres (dans quelle mesure les autres sont-ils disponibles et prêts à m'aider si j'ai besoin d'eux ?). Nous localisons ces processus dans un réseau neuronal étendu final appelé "module de représentation de l'état mental" (ou "module soi-autre").

◆ **Ce qui ressort clairement de ce qui précède est que l'attachement implique de nombreux calculs neuronaux** différents dans plusieurs réseaux étendus qui communiquent et échangent constamment des informations les uns avec les autres. Nous ne devrions donc plus utiliser les descriptions obsolètes et simplistes opposant les processus du cerveau droit et les processus du

Encadré 1. Modèle neuroanatomique fonctionnel de l'attachement humain

Dans le cadre du modèle neuroanatomique fonctionnel de l'attachement humain (figure 1), il est proposé que le système d'attachement humain soit organisé en deux systèmes : l'évaluation affective d'une part et le contrôle cognitif au niveau neuronal d'autre part, et que ces systèmes puissent être séparés en deux modules chacun (évaluation affective : aversion [rouge] et approche [vert] ; contrôle cognitif : régulation des émotions [bleu] et représentation de l'état mental [orange]). Il est en outre suggéré que les modules d'aversion et d'approche, qui font partie du système affectif, ainsi que les systèmes affectif et cognitif, sont en équilibre dynamique "push-pull". Enfin, il est proposé que l'activité neuronale au sein du système affectif soit médiée par, entre autres, la dopamine, l'ocytocine (et la vasopressine), les opioïdes endogènes, le cortisol, la sérotonine, les androgènes/estrogènes, etc.

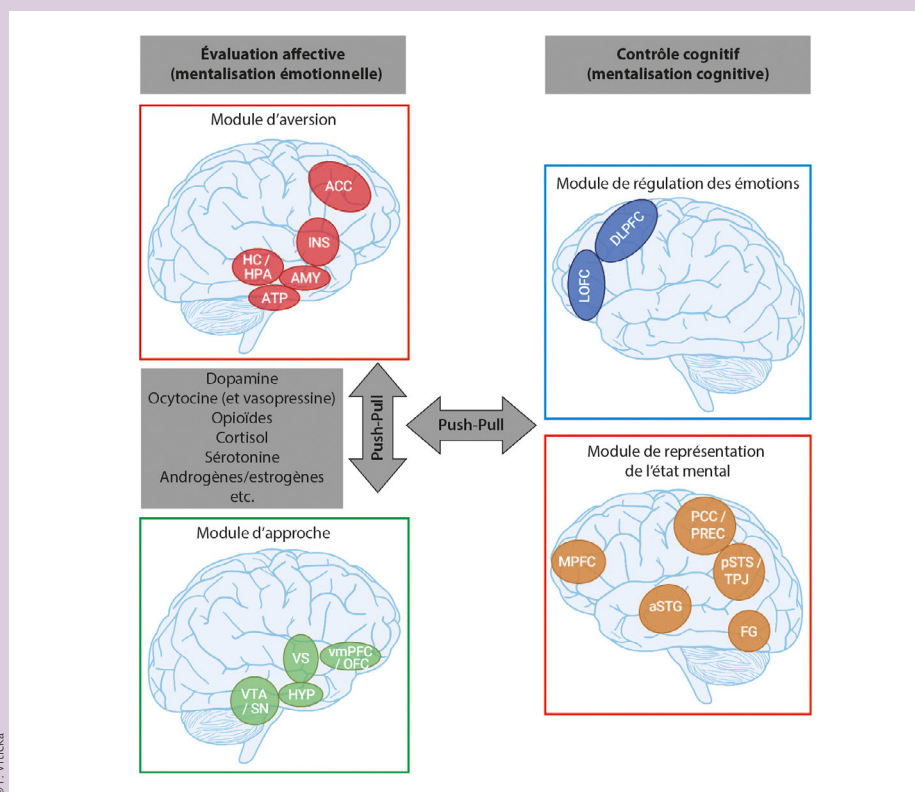


Figure 1. NAMA [10]. Module d'aversion – ACC : cortex cingulaire antérieur ; INS : insula ; HC/HPA : hippocampe/axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) ; AMY : amygdale ; ATP : pôle temporal antérieur. Module d'approche – vmMPF/OFC : cortex préfrontal ventromédian/orbitofrontal ; VS : striatum ventral ; HYP : hypothalamus ; VTA/SN : aire tegmentale ventrale/substantia nigra. Module de régulation des émotions – DLPFC : cortex préfrontal dorsolatéral ; LOFC : cortex orbitofrontal latéral. Module de représentation de l'état mental – MPFC : cortex préfrontal médian ; PCC/PREC : cortex cingulaire postérieur/precuneus ; pSTS/TPJ : sillon temporal postéro-supérieur/jonction temporo-pariétale ; aSTG : gyrus temporal antéro-supérieur ; FG : gyrus fusiforme.

cerveau gauche, et considérant que l'attachement est principalement basé sur le cerveau droit [12]. En outre, nous ne devrions pas faire référence au modèle du cerveau tri-unique qui sépare le cerveau en trois couches distinctes, un cerveau reptilien ou de lézard, un cerveau mammalien et un cerveau humain, l'attachement étant principalement localisé dans le cerveau mammalien. Ce modèle était erroné dès le départ et ne constitue pas une

représentation fidèle de l'évolution, de la structure et du fonctionnement du cerveau humain [13].

◆ **Comment les différences individuelles** en matière d'attachement apparaissent-elles dans le cerveau humain ? Cela se produit par le biais de modifications de la séquence d'événements et des calculs neuronaux mentionnés ci-dessus [3,9]. En fonction de la disponibilité des *caregivers* pour la corégulation, les nourrissons apprennent

à anticiper et à prédire l'utilité des différentes stratégies de recherche de soutien ainsi que des stratégies d'autorégulation versus la corégulation. L'activité dans les modules d'aversion, d'approche, de régulation et de représentation de l'état mental va augmenter ou diminuer, tandis que le mode et la quantité de communication entre les modules vont également changer. Si, par exemple, les *caregivers* sont le plus souvent non disponibles et non réactifs lorsque les nourrissons ont besoin d'eux, le module d'approche sera moins engagé, car il y a moins d'occasions d'associer la présence des autres à un sentiment de calme et d'apaisement. Par conséquent, il y aura moins de comportements de recherche de proximité en situation de détresse et plus d'autorégulation que de corégulation. À l'inverse, si la disponibilité et la réactivité des *caregivers* sont irrégulières et imprévisibles, l'activité dans le module d'aversion sera accrue, non seulement pour contrôler leurs allées et venues, mais aussi pour intensifier les comportements de recherche de soutien afin qu'ils soient plus susceptibles de répondre. Ainsi, les différences individuelles en matière d'attachement reflètent une restructuration du traitement de l'information et des réponses neurobiologiques à celle-ci, par le biais d'un recalibrage du cerveau en fonction de l'environnement.

♦ **Maintenant, quel est le rapport avec les soins et le cerveau parental ?** La clé réside ici dans le fait que l'attachement et les soins sont orchestrés par les mêmes circuits neurobiologiques. Les modules d'aversion, d'approche, de régulation des émotions et de représentation de l'état mental ne sont pas spécifiques à l'attachement. Ils sont également activés pendant les soins (en fait, ils sont activés par de nombreux autres éléments en dehors de l'attachement et des soins). Par conséquent, le recalibrage de ces circuits neurobiologiques, qui se produit dans le cadre des interactions d'attachement au début de la vie, se manifesterait aussi dans les réponses des parents en matière de soins plus tard dans la vie.

♦ **Par exemple, lorsque l'on a montré à des femmes des photos de leurs propres nourrissons souriant et pleurant (par opposition à des nourrissons inconnus), à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle [14], les représentations de l'attachement des mères, évaluées à l'aide de l'AAI, ont révélé un schéma intéressant. Alors que les mères ayant des représentations d'attachement sécure ont montré une activité élevée dans les zones liées à la récompense (c'est-à-dire notre module d'approche)**

lorsqu'elles voyaient leurs bébés à la fois souriant et pleurant, ce n'était pas le cas de celles ayant des représentations d'attachement évitant. En outre, ces dernières présentaient une activité cérébrale plus élevée liée au traitement d'informations saillantes et principalement négatives (c'est-à-dire dans notre module d'aversion) lorsqu'elles voyaient des photos de leurs propres nourrissons en train de pleurer, indiquant une détresse personnelle plutôt qu'une motivation à aider. Des observations similaires sont ressorties d'une autre étude [15] ayant examiné les réponses cérébrales des mères à des vidéos de nourrissons selon que leurs styles de soins étaient plus ou moins sensibles ou intrusifs. Les mères ayant un style de soins plus sensible ont montré une activation plus importante dans les zones liées à la récompense (c'est-à-dire notre module d'approche) et un meilleur échange d'informations avec les zones faisant partie de nos modules de régulation des émotions et de représentation de l'état mental. À l'inverse, les mères ayant un style de soins plus intrusif ont montré une activité plus importante dans l'amygdale (c'est-à-dire une partie de notre module d'aversion) et un échange d'informations moins coordonné avec les autres modules neuro-naux. Des résultats comparables ont été obtenus par une étude [16] ayant examiné les changements dans la structure cérébrale des mères avant et après la grossesse en fonction du lien qu'elles déclaraient ressentir envers leurs enfants après la naissance. Non seulement les changements dans la structure cérébrale étaient particulièrement prononcés dans les zones du cerveau importantes pour déduire les états mentaux, les objectifs et les intentions des nourrissons (c'est-à-dire notre module de représentation de l'état mental), mais ces changements étaient corrélés positivement avec la qualité du lien déclaré par les mères et l'absence d'hostilité envers leurs nourrissons. Enfin, dans une étude récente que nous avons menée [17], nous avons mesuré la synchronisation neuronale interpersonnelle entre parents et enfants (âgés de 5 ans), à savoir l'alignement temporel des activités cérébrales des parents et des enfants, ainsi que les représentations d'attachement des parents à l'aide de l'AAI. Nous avons constaté que les dyades dans lesquelles les représentations d'attachement des mères étaient classées comme insécures présentaient une synchronisation neuronale interpersonnelle plus élevée dans certaines parties de notre module de régulation des émotions, ce qui peut indiquer

Références

- [1] Verhage ML, Tharner A, Duschinsky R, et al. Editorial perspective: on the need for clarity about attachment terminology. *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64(5):839–43.
- [2] Canterberry M, Gillath O. Attachment and caregiving: functions, interactions, and implications. In: Noller P, Karantzas GC, editors. *The Wiley-Blackwell handbook of couples and family relationships*. New York (États-Unis): Wiley Blackwell; 2012.
- [3] White L, Kungl M, Vrticka P. Charting the social neuroscience of human attachment (SoNeAt). *Attach Hum Dev* 2023;25(1):1–18.
- [4] Madigan S, Fearon RMP, Van IJzendoorn MH, et al. The first 20,000 strange situation procedures: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2023;149(1-2):99–132.
- [5] Bakermans-Kranenburg MJ, Dagan O, Cárcamo RA, Van IJzendoorn MH. Celebrating more than 26,000 adult attachment interviews: mapping the main adult attachment classifications on personal, social, and clinical status. *Attach Hum Dev* 2024;27(2):191–228.
- [6] Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000;78(2):350–65.
- [7] Granqvist P, Sroufe LA, Dozier M, et al. Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attach Hum Dev* 2017;19(6):534–58.
- [8] Colledani D, Meneghini AM, Mikulincer M, Shaver PR. The caregiving system scale: factor structure, gender invariance, and the contribution of attachment orientations. *Eur J Psychol Assess* 2022;38(5):385–96.

References

- [9] Condon J, Corkindale CJ. The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol* 1998;16(1):57–76.
- [10] Long M, Verbeke W, Ein-Dor T, Vrtićka P. A functional neuro-anatomical model of human attachment (NAMA): insights from first- and second-person social neuroscience. *Cortex* 2020;126:281–321.
- [11] Babygro Book. Empowering parents for joyful parenting and healthy brain development. 2022. <https://babygro.org/babygro-book>.
- [12] Vrtićka P, Kozomara-Lund A. So happy together: deconstructing the right brain/left brain myth. *Neuroscience and Psychotherapy*. 26 avril 2025. www.neuroscienceandpsychotherapy.com/post/right-brain-left-brain-myth.
- [13] Cesario J, Johnson DJ, Eisthen HL. Your brain is not an onion with a tiny reptile inside. *Curr Dir Psychol Sci* 2020;29(3):255–60.
- [14] Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague PR. Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology* 2009;34(13):2655–66.
- [15] Atzil S, Hendler T, Feldman R. Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers. *Neuropsychopharmacology* 2011;36(13):2603–15.
- [16] Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci* 2017;20(2):287–96.
- [17] Nguyen T, Kungl MT, Hoehl S, et al. Visualizing the invisible tie: linking parent-child neural synchrony to parents' and children's attachment representations. *Dev Sci* 2024;27(6). e13504.
- [18] Kungl MT, Gabler S, White LO, et al. Precursors and effects of self-reported parental reflective functioning: links to parental attachment representations and behavioral sensitivity. *Child Psychiatry Hum Dev* 2024.
- [19] Tronick EZ, Gianino A. Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. *Zero Three* 1986;6(3):1–6.
- [20] Beebe B, Steele M. How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attach Hum Dev* 2013;15(5-6):583–602.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

qu'une attention et une régulation accrues sont nécessaires pour maintenir une bonne interaction sociale et, plus généralement, une bonne relation.

Implications pratiques et recommandations

Que pouvons-nous apprendre du NAMA et de notre perspective SoNeAt sur l'attachement et les soins pendant la grossesse et la petite enfance ? Peut-on en tirer des recommandations pour les parents ainsi que pour les personnes et les institutions qui travaillent avec les familles ? En collaboration avec l'association caritative britannique Babygro, nous évoquons certaines des implications dans un livre destiné aux parents [11] dans le cadre du programme CHATS, qui comporte cinq éléments :

- comment les parents peuvent apprendre à lire et à répondre aux signaux et à la communication de leurs nourrissons ;
- comment la théorie de l'attachement peut aider les parents à comprendre leur propre histoire d'attachement et son influence sur les soins qu'ils prodiguent ;
- comment la théorie de l'attachement peut aider les parents à comprendre la formation et la qualité de l'attachement nourrisson-parent ;
- comment le fait de parler aux nourrissons peut les aider à développer leur compréhension de soi et des autres, ainsi que leurs capacités de régulation des émotions ;
- comment tous les éléments énoncés ci-dessus sont influencés par la synchronisation parent-nourrisson, c'est-à-dire les échanges "à tour de rôle" impliquant un contact visuel mutuel, des expressions faciales, des gestes et des vocalisations.

◆ **Il est essentiel de noter qu'en matière d'attachement et de soins, il n'existe pas d'astuces parentales simples qui fonctionnent pour tout le monde et à tout moment.** Chaque relation *caregiver*-nourrisson, chaque interaction est différente et unique. Toutefois, certaines recommandations générales ont démontré leur efficacité pour améliorer la qualité de cette relation ; elles peuvent donc aider les nourrissons à développer une orientation d'attachement sécuritaire et les *caregivers* à utiliser des stratégies de soins qui favorisent ce processus.

◆ **Par exemple, il est utile que les parents réfléchissent à leur propre orientation actuelle et leur histoire en matière d'attachement.** Comme nous l'avons vu précédemment, les soins et l'attachement sont étroitement liés et ces associations

étroites peuvent même être observées dans le cerveau des *caregivers*.

◆ **De plus, des recherches ont montré qu'il existe deux prédicteurs fiables, liés aux parents, de l'émergence d'un attachement sécuritaire chez le petit au sein de la relation parent-nourrisson.** Le premier est la sensibilité parentale, c'est-à-dire la capacité des parents à percevoir avec précision les signaux et les besoins de leurs nourrissons, et à y répondre de manière appropriée. Le second est le fonctionnement réflexif parental, c'est-à-dire la capacité des parents à comprendre leur propre comportement et celui de leurs enfants en termes d'états mentaux et d'intentions sous-jacents ou, en d'autres termes, leurs capacités de mentalisation dans leur relation avec leurs enfants. Sans surprise, il existe une interaction complexe entre la sensibilité parentale et le fonctionnement réflexif en plus de la propre histoire d'attachement des parents [18].

Conclusion

Il est utile de savoir que les parents n'ont pas besoin d'être constamment présents et toujours "disponibles". Nous savons que pendant environ 50 à 70 % du temps d'éveil des nourrissons, les parents et les enfants ne sont pas "synchronisés" les uns avec les autres [19]. Nous savons également qu'il peut y avoir des conséquences négatives pour les parents et pour les enfants à être constamment "à l'écoute" les uns des autres. Cela peut augmenter le stress relationnel et générer un risque d'attachement insécuritaire chez l'enfant, surtout si cela s'accompagne d'une surstimulation parentale ou d'une réceptivité trop élevée des parents et des enfants [20]. Ce qui devrait au contraire se produire naturellement, c'est que les parents et les nourrissons s'engagent dans une "danse sociale" constante faite d'harmonisations, d'inadéquations et de réparations. C'est ce flux de connexion, de déconnexion et de reconnexion qui offre aux enfants un mélange idéal de soutien parental et de stress modéré et utile, qui aide le cerveau des petits en pleine croissance et favorise la sécurité de leur attachement. Il suffit que les *caregivers* soient "assez bien", c'est-à-dire disponibles lorsque les enfants ont besoin d'eux plutôt que "toujours disponibles". Ce qui compte réellement, c'est que la relation fonctionne bien dans son ensemble ; que les enfants puissent développer une confiance en leurs parents et que les inadéquations, qui surviennent naturellement et constamment, soient réparées avec succès. ●