

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Mentouri-Constantine

Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et des sciences de l'éducation

N° d'ordre :

N° de série :

Mémoire de magistère en psychologie clinique

**Contribution à l'étude des mouvements rythmiques chez
l'enfant en milieu institutionnel.
Pour une meilleure prise en charge psychologique.**

Réalisé par :
Bouraoui Boudjemâa

Encadré par le professeur :
Mohamed Chelbi

Membres du jury :

Pr. HAROUNI Moussa : Professeur université Mentouri (Constantine).....Président.
Pr. CHELBI Mohamed : Professeur université Mentouri (Constantine).....Promoteur.
Pr. MAACHE Youcef : Professeur université Mentouri (Constantine)..... Examineur.

Année universitaire : 2008/2009

DEDICACES

Je tiens à dédier ce modeste mais précieux travail ; fruit de longues années de labeur soutenu et de sueur à la mémoire de mon père qui aurait été fier du travail accompli. Sans lui, sans ses encouragements incessants, sans son amour « fou » pour les études lui qui n'a jamais eu la chance de fréquenter les bancs d'une salle de classe, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

A la douceur même, à ma mère. Puisse dieu lui accorder encore longue vie.

A mon épouse qui m'a toujours soutenu surtout durant les moments pénibles et difficiles par lesquels j'ai du passer, qu'elle puisse trouver dans ces pages toute l'expression de mon amour tendre pour elle.

A mes enfants qui ont su avec amour et tendresse supporter mes accès de colère, puisse ce travail leur dire avec douceur combien je les aime.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à exprimer toute ma gratitude à monsieur **le professeur Mohamed CHELBI** qui m'a été d'une aide et d'un réconfort appréciables. Ses orientations et ses conseils éclairés m'ont permis d'affronter les écueils de la recherche et de la vie durant les moments de grandes incertitudes. Puisse dieu lui accorder santé et longue vie, les générations à venir auront sans doute aucun besoin de son savoir, ses compétences avérées, sa lucidité et sa grande perspicacité.

Je tiens à exprimer mes remerciements les plus amicaux au **professeur MAACHE Youcef** qui a toujours su être à mes côtés. Son appui moral et intellectuel a été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail.

Je ne tiens pas à omettre le rôle des conseils avisés des professeurs : **HAROUNI Moussa, KERBOUCHE Abdelhamid, MALIM Salah, LIFA Nacereddine, AZZOUZ Lakhdar, LOUKIA El Hachemi** et les docteurs **LAIB Rabah, BOUCHLOUKH Mahfoud MEZHOUD Nouredine, GHARBI Abdelaziz, ROUAG Hammoudi**.

Enfin, je tiens surtout à exprimer ma profonde reconnaissance aux enfants qui ont fait l'objet de cette étude et qui ont consenti si généreusement en toute innocence à se laisser observer et qui m'ont permis d'arriver à des résultats qui les concernaient.

Cependant, j'ai pris grand soin dans tous les cas de préserver leur anonymat.

A Tous je dis merci et vous promets d'être reconnaissant.

Table des matières :

Introduction	01
Problématique	09
Partie théorique :	12
Chapitre 1 : Le développement psychologique normal chez l'enfant	13
Sous chapitre 1 le développement de l'intelligence	13
1.1 la théorie de Piaget	13
1.2. La théorie d'Henri WALLON	27
1.3/ Théories actuelles du développement de l'intelligence	29
1.4/ la théorie de Lev VYGOTSKI	30
Sous chapitre 2 : Le développement psychoaffectif de l'enfant	31
2.1/ La théorie de Freud	31
Chapitre 2 : Développement psychomoteur et examen neurologique de l'enfant et carence affective	43
Sous chapitre 1 : Développement psychomoteur et examen neurologique	43
1.1/ Questions d'examen	43
1.2/ Objectifs pratiques	43
1.3/ Introduction	43
1.4/ Modalités de l'examen clinique	44
1.5/ Conduite à tenir lors de la constatation d'un retard du développement psychomoteur.....	51
Sous chapitre 2 : Les carences affectives : l'hospitalisme	53
2.1. Carence affective: Eléments centraux d'une définition	54
2.1.1. Processus d'adaptation	56
2.2 Conséquences d'une carence affective	57
2.2.1 Processus affectés par la carence	57
2.2.2 Facteurs influant sur l'étendue du dommage causé par une séparation	58
2. 3 Mesures préventives et curatives	59
2.4 Syndrome d'hospitalisme (Spitz)	59
2.4.1 René Arped Spitz	59
2.4.2 Ses théories	60
2.5/ Apports d'autres auteurs	66
2.5.1/ La triade du syndrome dépressif de Kreisler	66
2.5.2 Les conditions étiologiques de Bowbly	67
2.5.3 Boris Cyrulnik et Françoise Dolto	67
5.4.La théorie de l'attachement de Bowlby	68
Sous chapitre 3 : Essai de modélisation théorique :	70

3.1. La théorie	70
3.2. Contribution de Mary S. Ainsworth:	76
3.3. Les profils d'attachement:	76
Sous chapitre 4 : Troubles affectifs et développement de la personnalité:	83
4.1. La personnalité limite ou borderline	84
4.2. La personnalité compulsive	85
4.3. La personnalité antisociale	86
4.4. La personnalité dépendante	86
4.5 La personnalité névrotique	86
4.6 La personnalité passive-agressive	87
4.7 La personnalité sensitive.....	87
Partie méthodologique et pratique	88
Chapitre I: Nature du terrain de la recherche	89
Sous chapitre 1 : Présentation de l'institution et modalités d'admission	89
Sous chapitre 2: Méthodologie d'approche et recueil des données	95
2.1. Méthodologie clinique : Quelques repères historiques	95
2.2. Principaux modes d'approches	97
2.3. Méthode médicale	100
2.4. Méthode psychanalytique	100
2.5. L'étude de cas	101
2.6. Les tests	107
Sous chapitre 3: L'observation telle que nous l'avons adoptée	110
3.1. Plusieurs types d'observations	110
3.1.1. Les grilles nominales ouvertes	114
3.1.2. Les grilles fermées et les systèmes de cotation	119
3.1.3. Au choix multiple, ré ouverte (la liste d'items n'est pas nécessairement limitée)	120
Sous chapitre 4: Construction de la grille d'observation	129
4.1/ Rappel succinct	129
4.1.1/Le Head Rolling	129
4.1.2/ Le Body Rocking	129
4.1.3. Le Head Banging	129
4.2. Notre grille d'observation	129
Sous chapitre 5: Nature et état des cas "observés":	131
5.1. Cas relatifs au Roulement de la tête	131
5.2. Cas relatifs au balancement du corps	132
5.3. Cas relatifs au « choc de la tête »	133

Sous-chapitre 6: Analyse des cas observés à la lumière de notre hypothèse axiomatique	134
Sous-chapitre 7: Etat des lieux et proposition d'une prise en charge psychologique des enfants abandonnés, placés en institution et souffrant de mouvements rythmiques.....	136
7.1. Etat des lieux	136
7.2. Proposition d'une stratégie de prise en charge psychologique des enfants abandonnés, placés en institution et souffrant de troubles des mouvements rythmiques.....	138
Conclusion générale	142
Bibliographie	143

Introduction :

L'objet du présent travail n'est pas de participer au débat sur la part respective de l'hérédité et de l'environnement dans le développement psychologique de l'enfant. Son ambition est plus modeste qui consiste à décrire, parmi les différents éléments de l'environnement, l'importance du milieu familial dans ses dimensions affective et éducative, et à en préciser les implications psychologiques.

Qu'il nous soit permis de rappeler qu'il s'agit là d'une préoccupation fort ancienne : dès le 11^e siècle, Ibnou Sina (Avicenne), médecin et philosophe iranien, conseillait aux mères et nourrices de porter " la plus grande attention au maintien de l'équilibre moral de l'enfant en lui évitant les grandes colères, la terreur, la contrainte, l'insomnie ", et de " répondre à tout instant à ses désirs et ses inclinations... ". Ces mesures avaient deux avantages : l'un pour son esprit, pouvant ainsi se développer " dans de bonnes conditions mentales, l'autre pour son corps ". Cet auteur ancien reconnaissait ainsi l'importance de l'intrication somato-psychique et préconisait une hygiène du nourrisson accordant une place appréciable aux aspects psychologiques.

Tout récemment, une équipe française de spécialistes de l'enfance a rappelé, dans un Cahier de recommandations concernant les Modes de Garde de L'enfant, cette même préoccupation des conditions de milieu offertes aux tout-petits en la situant dans une perspective de développement : " ... C'est dire que si une société en mutation veut conserver et accroître son potentiel évolutif, elle doit veiller tout spécialement à organiser et maintenir autour de ses enfants petits les conditions adéquates d'élevage précoce.

La principale caractéristique de l'enfant est d'être " en croissance ", d'être " en devenir ". Ce développement a toujours lieu dans un cadre déterminé, dont les caractéristiques matérielles et humaines sont liées à des facteurs sociaux, culturels, économiques, géographiques, etc.

Parmi les innombrables influences s'exerçant sur l'individu tout au long de la vie, une très grande partie se trouve médiatisée par la famille, premier milieu, dont l'influence est déterminante. C'est à partir de la relation duelle avec sa mère, base de tout lien affectif, que s'élaborent les premières relations aux autres membres de ce premier groupe social. C'est au sein de la famille que se déroulent les premières expériences, les premières confrontations avec l'environnement, en recevant une coloration affective - positive ou négative - en fonction des attitudes et réactions du milieu. C'est ainsi que s'élaborent les fondements de l'organisation comportementale de l'individu, qu'apparaissent et se précisent les traits de son caractère et se construit la personnalité.

Le milieu familial, pour avoir un effet bénéfique, doit présenter des qualités multiples, dont notamment celles de stabilité et cohérence du cadre familial, d'équilibre et de chaleur affective des échanges et des liens, de valeur de l'éducation dispensée et des modèles comportementaux offerts.

Milieu protecteur et initiateur, **le cadre familial** peut aussi être considéré comme le milieu psychosocial et culturel qui préfigure pour l'enfant la société dans laquelle il aura à s'intégrer et à jouer son rôle particulier. Protégé par un entourage sensible à sa fragilité et à sa faiblesse, et attentif à ses besoins, l'enfant peut fonctionner et s'organiser à l'abri des menaces les plus graves et selon son rythme propre. Il peut vivre, expérimenter, apprendre, entrer en interaction avec le milieu matériel et humain ; il peut s'initier et se laisser initier, sans trop de péril, à la variété des situations, à la diversité des rôles et des fonctions, à la multiplicité et à l'intensité des sentiments et des relations, à la gamme des activités et des connaissances.

Tout en le protégeant, le milieu familial l'introduit à la vie humaine. En effet, l'enfant acquiert ainsi, à mesure qu'il grandit, une maturité suffisante et l'aptitude à s'ouvrir et à s'adapter à des situations nouvelles variées, permettant alors un relais progressif de la famille par d'autres milieux - notamment les différentes instances éducatives organisées par la société, et le milieu social élargi qui prendra une place croissante dans la vie de l'enfant scolarisé, de l'adolescent et de l'adulte.

Par contre, l'enfant qui ne peut bénéficier d'un environnement familial présentant les caractéristiques positives ébauchées sur les plans affectif, éducatif, social et matériel, ou bien grandissant dans un environnement auquel une ou plusieurs de ces dimensions fait défaut - tel que **le milieu institutionnel** - est exposé à des situations de carence plus ou moins graves. Les conséquences en sont aujourd'hui suffisamment connues. Qu'il s'agisse de problèmes mineurs d'adaptation sociale, fréquents chez des enfants de familles désunies, de troubles psychomoteurs variés, ou encore des graves tableaux psychopathologiques qui ont pu récemment encore être observés et décrits chez des enfants grandissant en milieu institutionnel très défavorisé, une caractéristique commune se dégage : l'inadéquation des conditions de milieu par rapport aux besoins psychoaffectifs de l'enfant, et surtout du tout-petit.

La naissance, avec les joies et les aléas qui l'entourent, est une période capitale pour l'avenir des relations entre la mère et l'enfant, entre l'enfant et la famille.

Les psychanalystes ont montré qu'avant la naissance, et même bien avant la conception, la mère porte en elle, dans son esprit, un enfant imaginaire avec lequel elle a une relation, la naissance est le moment de la confrontation entre l'enfant imaginé et le nouveau-né réel. A partir de cette

confrontation, progressivement, va se développer ce que l'on nomme familièrement l'amour maternel et que tant de personnes croient encore être une caractéristique obligatoire, naturelle, immédiate, d'emblée entière, du comportement maternel.

L'attachement entre la mère et l'enfant s'établit progressivement, certains facteurs pouvant y aider : l'impression de sécurité de la mère, la qualité de son environnement affectif, l'interprétation donnée au comportement du nouveau-né, la satisfaction qu'il procure. A l'inverse, l'insécurité, l'anxiété, la fatigue, l'isolement affectif, l'interprétation péjorative de certaines caractéristiques de l'enfant (son aspect, ses cris, son fonctionnement digestif) peuvent aussi faire obstacle à l'établissement de la relation. On peut concevoir aussi que la confrontation avec un enfant différent de l'enfant espéré, le souvenir d'une grossesse mal vécue (qui pouvait déjà être le signe d'une mauvaise relation avec l'enfant) et l'absence d'une ambiance affective de qualité dans la propre enfance de la mère peuvent être des éléments défavorables.

Il est clair que tout ce qui peut favoriser les échanges, les contacts de toute sorte entre la mère et le nouveau-né facilite la relation mutuelle : non seulement il est nécessaire que le nouveau-né soit dans la même chambre que sa mère, sous son regard, mais il faut multiplier le contact immédiat, peau à peau, le plus précocement et le plus longtemps possible, permettre l'allaitement au sein sans contraintes de temps rigides, laisser la mère faire elle-même les soins de l'enfant. La présence du père, et la qualité de sa relation avec la mère, sont également des éléments favorisant une "maternité" pleinement assumée et harmonieuse.

Dans une telle optique, le rôle du personnel chargé d'assister la mère pendant les jours de la naissance n'est pas facile. Il demande une attitude presque opposée à celle qui est habituelle. Il faut avant tout mettre la mère en confiance, lui donner le moins possible de conseils, la laisser à la découverte de son enfant en restant simplement disponible. Il s'agit, en bref, de jouer auprès de la jeune mère le rôle que, dans les sociétés traditionnelles, joue une femme âgée qui, loin de s'approprier les soins de l'enfant, veille à ce que la jeune accouchée se sente en sécurité. On sait aujourd'hui à quel point l'enfant est, dès les premiers jours, sensible à la qualité des attitudes maternelles, comment il perçoit l'anxiété ou la détente, les gestes contractés ou l'aisance, et comment il répond lui-même aux situations angoissantes par certains types de comportement (cris, Coliques, anorexie, etc.).

C'est dans les jours de la naissance que doit s'exercer la prévention d'un grand nombre de troubles psychologiques, de perturbations affectives dont le caractère bénin peut donner une fausse réassurance alors qu'ils peuvent mener aux troubles graves du comportement, aux carences affectives, aux sévices : ce problème est aujourd'hui trop grave, et trop fréquent, pour que soit négligée une

chance d'action efficace. Il peut s'agir d'ailleurs, dans certains cas, non pas de prévention primaire, mais de prévention secondaire. Le personnel doit être formé à déceler les mères qui ont des difficultés à établir avec leur enfant une relation détendue et chaleureuse : elles ont besoin d'une disponibilité plus grande et plus prolongée, et d'une aide qui doit continuer longtemps après la sortie de la maternité.

Pour chaque jeune mère, d'ailleurs, la sortie de la maternité peut constituer une période critique et le moment où se révèlent des difficultés qu'il est important de connaître et d'aplanir : là encore, il y a pour le personnel la nécessité de mieux s'occuper d'une période jusqu'ici trop négligée.

La prématurité constitue un critère de haut risque. La mère n'est préparée, ni physiquement, ni affectivement, à la naissance de son enfant ; elle est parfois totalement "prise au dépourvu". La séparation de la mère et du nouveau-né, immédiate, peut être très longue et faire obstacle à l'établissement de la relation si rien n'est fait pour établir, par différents moyens, un lien affectif et physique (rassurer la mère, lui parler longuement de l'enfant, lui permettre de le voir et de participer aux soins, etc.)

Tout au long de la première année, et de manière moins exclusive bien au-delà, le développement de la perception affective et des échanges affectifs précède celui de toutes les autres fonctions psychiques, l'évolution globale étant marquée par une intrication somato-psychique s'exprimant notamment au niveau des différents aspects du développement psychomoteur.

Les bases de la personnalité future se construisent pendant ces premières années, de même que la santé physique de l'adulte. Winnicott, qui parle volontiers du couple de soins mère enfant insiste sur le fait que "la santé mentale est le résultat de soins ininterrompus qui permettent une continuité du développement affectif personnel", et sur l'importance des besoins du tout-petit, entièrement dépendant de son milieu, "des besoins qui, au début, sont absolus", et dont la satisfaction adéquate doit progressivement permettre à l'enfant d'accéder à une activité dirigée propre.

L'autre dimension, capitale, du cadre familial, ne saurait en aucune façon être passée sous silence : l'importance du père dans la vie de l'enfant et dans l'ensemble des processus évolutifs. Elle a été mise en évidence plus particulièrement par les théories et travaux psychanalytiques. Si le rôle du père, en tant que modèle identificatoire pour l'enfant, va habituellement croissant à partir de 2 à 3 ans, on ne doit plus sous-estimer les influences antérieures, tant par le biais du vécu maternel qu'au niveau de la relation affective et éducative où il intervient de plus en plus précocement et concrètement. Sans oublier que le rôle et les attitudes du père sont largement conditionnés par le contexte culturel et

social, on peut dire schématiquement que les attitudes éducatives paternelles répondant aux besoins d'affection et d'autorité de l'enfant constituent une influence positive ; au contraire, l'attitude caractérisée par l'autoritarisme ou la carence d'autorité, le rejet ou la surprotection, ont des influences négatives, à des degrés variables selon la manière dont elles sont perçues par l'enfant, compensées par d'autres facteurs de milieu, etc.

Que ce soit lors de débats sur les crèches, dans les livres de puériculture, dans les ouvrages et films spécialisés concernant des techniques d'éveil et même dans des articles de vulgarisation, l'importance d'une stimulation adéquate pour le développement psychomoteur de l'enfant est à l'ordre du jour. Son objectif et les modalités de réalisation ne sont pas toujours clairement définis, ses résultats immédiats et à long terme ont à ce jour fait l'objet de peu de travaux, ce qui explique qu'il y ait eu des généralisations hâtives et des erreurs d'interprétation des besoins de l'enfant, de même que des excès dans l'application.

Il n'empêche qu'il peut s'agir là, surtout en ce qui concerne le nourrisson, d'une tentative intéressante de retour à des pratiques courantes en milieu traditionnel, en essayant de leur donner un cadre méthodologique mieux défini et des applications nouvelles. La stimulation du nourrisson dans les milieux traditionnels

Notons d'emblée qu'il ne s'agit nullement d'une technique consciente destinée à faire progresser l'enfant, mais de la mise en oeuvre des moyens habituels de puériculture, dont l'observation montre que, pour la plupart, ils aident l'enfant à progresser. Ce qui aide l'enfant à progresser :

- le contact permanent "peau à peau" avec la mère, jour et nuit ; la présence constante de l'adulte ; mais aussi les caresses, les massages, l'échange verbal : le portage dans le dos, élément de contact, de chaleur, de sécurité et - par la position verticale - de découverte et de développement du tonus axial.

- l'existence d'un groupe familial comportant toujours des enfants d'âges divers, et plusieurs femmes susceptibles d'aider la mère, de la remplacer, de la guider et de la mettre en sécurité.

- l'absence de frustration dans les premiers mois dans la satisfaction des besoins alimentaires, l'éducation à la propreté, l'absence de contrainte spatiale ou temporelle rigide, on peut y ajouter une certaine autonomie dans la satisfaction des besoins (la disponibilité du sein maternel, par exemple).

Ainsi rien ne vient se substituer aux expériences ainsi manquantes l'enfant reste volontiers laissé à lui-même dans son berceau, entre les repas donnés selon un horaire rigide de type occidental. Aucun jouet, aucun objet à regarder ou à saisir ne sollicite ses capacités sensori-motrices.

Ce type d'environnement constitue un écueil incontestable pour le développement de l'enfant, privé des expériences nécessaires à son bien-être et à sa progression.

M. Lelong, dans sa préface au livre de J. Lévy sur l'éveil du tout-petit, décrit ainsi les fondements de ces techniques : " L'idée maîtresse... est que la **Vie**, c'est **le Mouvement**, l'essentiel étant d'apporter à l'enfant, même normal (à plus forte raison s'il part avec un handicap), une aide à la fois stimulante et sans contrainte. Déjà dans le sein de sa mère, le fœtus ne manque pas de prouver par ses gesticulations qu'il est bien vivant. Sorti de la léthargie des premiers jours, le nouveau-né a besoin de mouvement et a droit à l'entière liberté de ses autres membres : les langes le ligotant ne devraient plus être que le souvenir d'un passé révolu. Les repas, les changes, la toilette, les bains doivent être l'occasion de jeux, de dialogues et même de chansons. L'immobilité, la réclusion dans le berceau, lui-même trop souvent isolé, la stagnation toujours dans la même position, le décubitus dorsal permanent, le manque de contacts affectifs et personnalisés sont responsables du syndrome de carence appelé à tort hospitalisme, terme injuste car l'hôpital ne mérite d'être mis en accusation que dans la mesure où il n'offre que des soins déshumanisés et dépersonnalisés. Le vrai problème pour la mère (ou son substitut affectif) est de pouvoir dépister et accueillir avec tendresse les premiers mouvements volontaires et conscients, lesquels sont à distinguer de la motricité involontaire, réflexe et inconsciente des premières semaines, et surtout de savoir exploiter à fond les potentialités, tout en laissant à l'enfant le maximum de liberté et d'autonomie.

On ne dira jamais assez à quel point la stimulation, en milieu institutionnel comme en famille, doit être basée sur un échange de type affectif : la satisfaction de cette condition devrait être dominante parmi les impératifs de recrutement et de formation du personnel des crèches et institutions recevant de jeunes enfants.

Développement physique et conditions socio affectives :

Il peut sembler hors sujet de parler du développement physique ici. Pourtant, la connaissance que l'on a aujourd'hui du rôle des facteurs socio affectifs ceux-là même qui interviennent dans le développement psychologique dans le développement physique, et leurs implications pédiatriques sont telles qu'on ne saurait les passer sous silence. Elles concernent autant les pays en développement que les pays industrialisés.

Troubles de la croissance physique par carence affective:

L'importance des facteurs affectifs dans les troubles de la croissance en taille est une donnée facile à observer en pédiatrie quotidienne. Les nanismes par carence affective sont aujourd'hui bien connus dans leurs aspects clinique, psychologique et endocrinologique. Il est plus fréquent d'observer des troubles modérés de la croissance où il est difficile de distinguer les effets d'un climat affectif non satisfaisant et ceux de conditions sociales défavorables : on parle alors de troubles de croissance d'origine psychosociale. Leur étiologie exacte reste mal connue, et s'il est clair que peuvent intervenir des déficits nutritionnels, il est difficile de dire comment interviennent les conditions affectives.

L'aspect des enfants atteints évoque souvent celui des insuffisances hypophysaires et les examens biologiques orientent dans la même direction, mais la fréquence des troubles du comportement peut attirer l'attention. Surtout, et c'est là un argument diagnostique essentiel, l'état staturo-pondéral et le comportement de l'enfant s'améliorent de façon spectaculaire lors d'une hospitalisation ou d'un placement ; une rechute accompagne, au contraire, le retour en famille. Ces faits sont tellement nets qu'ils constituent, en fait, une véritable épreuve diagnostique et thérapeutique.

Dans notre présente recherche, nous allons tenter de répondre aux questions axiomatiques suivantes :

1/ Qui sont les enfants placés en institution spécialisées telles que les foyers pour enfants abandonnés ; cas du FEA d'El Milia, dans la wilaya de Jijel ?

2/ Carencés affectivement, de quels troubles souffrent-ils ?

3/ Présentent-ils des troubles « **rythmiques** » ? De quelles nature ?

4/ Quelles sont les stratégies « **thérapeutiques** » adoptées ou pensées dans cette institution ?

De ce questionnement, à notre sens capital, nous pouvons aisément, à l'inverse de la technique classique et en dehors des sentiers battus, induire notre problématique qui aura pour mission et de baliser notre effort de compréhension et de nous permettre un choix efficace et efficient de la méthodologie d'approche. De ce fait, tentons de la présenter sommairement tantôt :

Problématique :

Ma profession conjuguée à ma spécialité sont, me semblent-il, à l'origine de la formulation d'une telle problématique. En effet psychologue chargé des questions relatives à la « **solidarité et aux placements des mères célibataires et des enfants abandonnés en foyers spécialisés et en cités de l'enfances** » au niveau de la direction de l'action sociale de la wilaya de Jijel, je me suis retrouvé à plusieurs reprises désarmé face au désarroi que dégagent et expriment de manière criarde des enfants en bas âge, voire des bébés abandonnés à la naissance, parfois quelques mois plus tard.

Ces enfants « placés » présentent au premier abord des « **signes** » qui ne trompent pas sur la souffrance qu'ils endurent de part l'effet de leur séparation de leur « **milieu naturel** ».

Ils semblent errer au milieu d'un espace sans repères, sans références tangibles et immuables et qui n'arrive pas à les contenir. Leurs gestes brouillons ne semblent exprimer qu'angoisse et troubles psychomoteurs de coordination.

Leur développement intellectuel et affectif n'échappe point à ce constat amer, selon les déclarations de l'équipe en charge de leur « **suiivi** ».

Faisant preuve de curiosité constructive, j'ai voulu savoir un peu plus sur la nature et la genèse de la souffrance de ces enfants.

Pourquoi ces mouvements « **rythmiques** » coordonnés dans « **l'incoordination** » ?

Qu'expriment-ils ? Comment les traiter ? et par quels moyens les prévoir et les juguler.

Ces enfants auront-ils une chance de sortir de cet état, si prise en charge effective est de rigueur ?

Cependant la question primordiale demeure inévitablement la suivante : les compétences requises pour un tel objectif sont-ils « disponibles » chez l'équipe psychopédagogique ?

Notre enquête nous mènera (**L'encadreur et moi-même**), sans doute aucun, à déblayer le terrain et à mettre la lumière sur les points forts et les points faibles des moyens humains et matériels dont dispose l'institution en question pour répondre aux « **besoins** » de ces enfants.

A partir de là, pouvons-nous émettre des hypothèses de travail comme il est de coutume de voir au niveau des travaux de recherche académiques ?

Il nous semble que non ! Pour formuler une « **bonne hypothèse** », trois conditions sine qua non sont nécessaires et suffisantes :

1/ Il faut qu'elle soit une réponse provisoire à la question posée.

2/ Il faut qu'elle soit vérifiable.

3/ Il faut qu'elle soit vraisemblable ; c'est-à-dire hautement probable.

Une telle condition n'est possible que si le chercheur est fortement et totalement au fait de tout ce qui se passe au niveau du « **système** » objet de son travail.

Cette condition de l'imprégnation est-elle réunie ? La réponse est toute trouvée : non !

Alors nous allons nous contenter des questions posées plus haut pour « sonder » et « **enquêter** ».

Les éléments de réponses ainsi récoltés auront nous semble-t-il valeur d'hypothèses « **obtenues et formalisées après coup** ».

Pour ce faire, c'est-à-dire pour arriver à un tel résultat, nous allons nous baser exclusivement sur l'observation directe, seule technique apte à appréhender les enfants en bas âge et présentant le trouble psychomoteur de mouvement rythmique.

Nous serons amenés, de ce fait, à consacrer beaucoup de temps à les observer dans leur milieu « **naturel** » (L'institution de placement).

Des entretiens non systématiques avec l'équipe dirigeante viendront confirmer ou infirmer la pertinence des résultats obtenus. Cet étayage est d'autant plus important qu'il permettra d'orienter et/ou de réorienter la trajectoire de nos démarches à l'intérieur de cette grande approche méthodologique qu'est l'observation directe et systématique.

A partir de ces remarques et mises au points, notre question problème princeps et qui constituera la pierre angulaire et le fondement de notre recherche est :

Les mouvements rythmiques que nous avons évoqués tantôt timidement et que nous allons développer avec beaucoup d'accentuation sont-ils observables parmi les enfants assistés placés au foyer d'El Milia ?

De ce fait, l'hypothèse qui va constituer la réponse adéquate à la question problème formulée plus haut est la suivante :

Les enfants d'âge précoce (1an, 2ans) placés en institution au FEA d'El Milia souffrent de mouvements rythmiques visibles.

Ces Mouvements que nous développerons ci-après, sont de trois types :

1/ Body rocking. (Balancement du corps)

2/ Head banging. (Choc de la tête)

3/ Head rolling. (Roulement de la tête)

Partie théorique

Chapitre 1 : Le développement psychologique normal chez l'enfant.

Sous chapitre 1 : Le développement de l'intelligence :

1.1. La théorie de Piaget.

1.1.1. Définitions :

1- L'intelligence : moyen d'adaptation de l'individu au milieu, en préservant ses meilleures chances de survie. C'est la forme qu'a prise l'adaptation biologique au niveau de l'espèce humaine.

Cette adaptation utilise 2 mécanismes : l'**Assimilation** et l'**Accommodation**.

2 - L'Assimilation : (comme l'assimilation d'une substance par l'organisme biologique)

L'assimilation consiste à incorporer un objet ou une situation à un schème.

Assimilation fonctionnelle des données extérieures aux cadres déjà existants de la pensée.

Chaque fois que l'intelligence intègre le donné de l'expérience

3 - L'Accommodation : la conséquence de l'action du milieu sur l'organisme.

L'accommodation consiste à modifier le schème en fonction des propriétés de l'objet qui empêchent le jeu de l'assimilation.

Ex : le schème de prendre appliqué à un objet qui se balance : accroché au dessus du berceau.

Modifier les schèmes en fonction de l'expérience.

Toute activité spontanée consiste à assimiler d'abord et à accommoder ensuite.

4 - Le schème : (schème d'action) ce qui dans une action est généralisable, transposable d'une situation à une autre : ex le schème de succion, le schème de prendre,

Ex de schèmes généraux :

- « **schème de réunion** » : - conduite du bébé qui entasse des plots
- d'un enfant plus âgé qui assemble des objets en cherchant à les classer
- opération logique telle la réunion de 2 classes (les pères plus les mères = tous les parents)
- « **schème d'ordre** » : - ranger des plots par ordre de grandeur
- construire une série mathématique

Ex de schèmes d'action beaucoup moins généraux (qui n'aboutissent pas à des opérations intériorisées aussi abstraites) : schème de balancer un objet suspendu, de tirer un véhicule, de viser un objectif.

1.1.2. Les stades :

1.1.2.1. La Période sensori-motrice : de 0 à 18 mois

A) L'intelligence sensori-motrice :

Définition : l'intelligence s'appuyant sur les perceptions et les mouvements.

Il s'agit d'un fonctionnement intellectuel empirique, collant au concret, à l'immédiat. Il est fondé sur l'utilisation de schèmes sensori-moteurs qui font entrer le bébé en communication avec le monde extérieur.

La période sensori-motrice est divisée en **6** stades marqués par une décentration progressive du bébé par rapport à lui-même.

1er stade : (jusqu'à 1 mois) l'exercice des réflexes

A la naissance, l'enfant ne possède comme moyen d'adaptation, que les réflexes héréditaires ; sa survie dépend de l'environnement.

Réflexes héréditaires : réflexe de Moro, de redressement et de marche automatique, grasping (la main du bébé se referme quand un doigt vient toucher la paume), fousissement, succion, déglutition,...

Certains de ces réflexes vont être pratiqués, exercés et se renforcer : déglutition, succion.

L'assimilation fonctionnelle et reproductrice consolide la succion et se prolonge en assimilation généralisatrice : succion à vide, et succion d'autres objets : sucette, doigt replié présenté au bébé.

D'autres vont disparaître : Moro, marche automatique,... (réflexes archaïques)

Ce **1^{er} stade** correspond à l'utilisation rythmique de schèmes sensori-moteurs primitifs réflexes (succion)

2^{ème} stade : (1 mois à 4 mois et demi) acquisition d'habitudes sensori-motrices par assimilation reproductrice (**reproduction du schème moteur inné en dehors du besoin biologique correspondant**).

Ex : succion du pouce qui n'est plus l'effet de rencontres dues au hasard, mais de coordination entre la main et la bouche.

Autre ex : l'enfant découvre et utilise le fait de pouvoir téter sa langue (**conduite très archaïque retrouvée par certains adolescents avec le piercing de langue...**)

Réaction circulaire primaire : c'est le simple exercice d'un schème sensori-moteur inné (**succion**) qui stimule l'exercice de ce schème. (**L'exercice de la succion entretient la succion**)
Concerne le corps propre.

3ème stade : (4 mois et demi à 8-9 mois) Les répétitions intentionnelles de découvertes fortuites

Ce stade apparaît au moment de la coordination oculo-manuelle.

Ex : le bébé découvre qu'en tirant sur une ficelle qui pend du toit de son berceau, les objets qui y sont fixés remuent : il tire systématiquement dessus.

Ex 2 : quand la main et un objet désiré sont simultanément dans le champ visuel, le bébé saisit l'objet : ex il voit sa main et un hochet : il saisit le hochet.

C'est la **réaction circulaire secondaire** : répétition de schèmes sensori-moteurs dirigés vers un but extérieur, vers les objets ; dans le but d'entretenir le résultat : secouer la ficelle pour entendre les hochets.

L'imitation devient systématique et intentionnelle.

Ex : faire au revoir en agitant la main (**reproduction d'un mouvement d'autrui par un mouvement propre dans le champ visuel de l'enfant**)

4ème stade : (8-9 mois à 11-12 mois) : la coordination des schèmes secondaires et leur application aux situations nouvelles :

Il s'agit de l'utilisation d'un moyen déjà connu pour un but nouveau

Ex : on place une boîte dans le champ d'action du bébé ; quand le bébé cherche à attraper la boîte, l'observateur (la mère, le père) interpose sa main entre l'enfant et la boîte. L'enfant tape sur la main pour l'écartier. Il y a utilisation d'un schème transitif « **frapper** » subordonné au schème final « **attraper** » ; soit coordination de **2** schèmes indépendants.

Ex 2 : Jacqueline découvre qu'elle peut utiliser la main d'autrui pour parvenir au résultat : ex elle prend la main de son père pour remettre en marche une boîte à musique qui s'est arrêtée.

Un but est posé : il y a un obstacle ; l'enfant improvise un moyen pour lever l'obstacle.

Imitation : l'enfant peut reproduire sur son corps propre des mouvements qu'il ne contrôle pas dans son champ visuel. Ex : se frotter les yeux

5ème stade : (11-12 à 18 mois) : La recherche active de moyens nouveaux, par tâtonnement

Expérimentation et recherche de la nouveauté.

L'enfant fait des expériences pour voir : l'enfant se lance à la conquête du milieu extérieur.

Réaction circulaire tertiaire : recherche active d'actions et de résultats nouveaux par tâtonnement.

3 conduites caractéristiques de cette époque :

- **conduite du support** : l'enfant découvre qu'il peut attraper un objet éloigné en tirant sur la couverture sur lequel il est placé.

- **conduite de la ficelle** : un objet attirant pour l'enfant est placé à distance dans le champ visuel ; cet objet est attaché à une ficelle dont une extrémité est placée à côté de l'enfant.

Ex : Piaget place un chausse pied rouge sur une chaise en face de son fils Laurent assis sur un canapé.

Laurent regarde le chausse pied, puis suit des yeux la ficelle, la prend et la tire des 2 mains. Lorsque le chausse pied disparaît de son champ de vision, il continue sa manœuvre jusqu'au succès complet.

- **conduite du bâton** : la ficelle est un prolongement de l'objet différent du bâton qui est un instrument.

Ex : faire glisser un objet (une peluche, une poupée) au moyen d'un bâton pour le rapprocher et le saisir.

Avec l'expérimentation active, l'accommodation devient en quelque sorte une fin en soi : en cherchant des moyens nouveaux, elle aboutit à la constitution de schèmes nouveaux qui peuvent se coordonner avec les anciens. Elle demeure dans le champ perceptif.

6ème stade : (18 mois à 2 ans) L'invention des moyens nouveaux par combinaison mentale

Il s'agit de combinaison soudaine et immédiate de schèmes, sans tâtonnement

Ex : Lucienne qui savait sortir une chaîne d'une boîte d'allumettes ouverte par une fente de **10** mm, échoue quand la fente d'ouverture n'est plus que de **3** mm ; après avoir essayé ses schèmes : introduire le doigt dans la boîte, retourner la boîte pour la vider, elle ouvre et ferme la boîte, puis introduit son doigt pour élargir la fente et sort la chaîne : tout se passe comme si elle s'était représentée ce qu'il fallait faire avant d'agir.

L'enfant a découvert de façon expérimentale les lois qui régissent le déplacement d'un objet : ces lois forment une structure logique que PIAGET appelle «**le groupement des déplacements**».

Le groupement des déplacements comporte 4 opérations :

1- une opération directe : un déplacement de **A** vers **B** est composable avec un déplacement de **B** vers **C**, ce qui donne un déplacement global de **A** vers **C**.

$$(A \text{ vers } B) + (B \text{ vers } C) = A \text{ vers } C$$

2- une opération inverse : un déplacement est toujours orienté, il peut donc être inversé : à un aller de **A vers B** correspond un retour de **B vers A**, ce qui en composition donne :

$$(A \text{ vers } B) + (B \text{ vers } A) = 0, \text{ soit retour au point de départ}$$

3- une opération nulle : l'enfant ne se déplace pas

4 une opération associative : quand l'enfant se rend d'un point à un autre en empruntant des chemins différents : par ex quand le trajet direct de **A vers E** n'est pas possible et que l'enfant pourra emprunter :

$$(A \text{ vers } B) + (B \text{ vers } C) + (C \text{ vers } E), \text{ mais aussi : } (A \text{ vers } B) + (B \text{ vers } E)$$

Le « **groupement des déplacements** » : permet l'acquisition de la « **permanence de l'objet** »

En effet avant la découverte des lois qui régissent le déplacement d'un objet , le bébé a l'impression qu'un objet n'existe que si il est dans son champ perceptif, puisqu'il ne sait pas par quel moyen le faire réapparaître quand il a disparu de son champ perceptif.

Quand l'enfant a acquis les lois du groupement des déplacements, il sait que les déplacements appliqués à l'objet peuvent être effectués en sens inverse : il a acquis la notion de la réversibilité des déplacements, d'où la permanence de l'objet.

B) La construction de l'objet perceptif :

a) Phase adualistique :

L'enfant ne s'intéresse à un objet qu'en fonction de son désir immédiat. En l'absence de désir l'objet n'existe plus pour lui.

b) Phase de permanence partielle de l'objet :

A partir de la coordination oculo-manuelle (5ème mois) L'enfant recherche l'objet dans les limites de son champ perceptif. (Si on cache l'objet derrière un écran, l'enfant arrête sa recherche)

c) Phase de permanence de l'objet :

Débute vers **9** mois, s'achève vers **18** mois avec l'acquisition du «groupement des déplacements ».

En résumé, les 6 stades du développement de l'intelligence sensori-motrice :

Des exercices réflexes (**stade 1**) aux habitudes acquises (**stade 2**), l'activité concerne le corps propre.

Par les adaptations intentionnelles (**stade 3**), le champ s'ouvre aux coordinations de schèmes appliqués aux situations nouvelles (**stade 4**).

L'expérimentation active (**stade 5**) procède par tâtonnements et reste dans le champ perceptif.

Enfin invention de moyens nouveaux par combinaison mentale (**stade 6**).

1.1.2.2. La période préopératoire (de 18 mois à 7 ans)

A) les nouvelles possibilités :

L'intelligence cesse d'être purement sensori-motrice : elle s'intériorise, se détache de la perception immédiate, grâce à la représentation mentale qui donne accès à la fonction symbolique que Piaget appelle la fonction sémiotique.

Jusque là, l'enfant utilisait des indices, pas des symboles, ni des signes.

Définitions (Ferdinand de Saussure)

- **indice** : indique quelque chose par contiguïté dans le temps ou dans l'espace (ex : les nuages qui annoncent la pluie)

- **symbole** : représente une chose par analogie (le jeu ou le dessin)

- **signe** : représente quelque chose arbitrairement par un signifiant quelconque, dont le sens est donné par convention (les mots d'une langue sont des signes).

La fonction symbolique est la possibilité de représenter quelque chose (un signifié) par un symbole ou par un signe (un signifiant) qui ne sert qu'à cette représentation.

La fonction symbolique, c'est la capacité d'évoquer un objet ou une situation non perçus actuellement en se servant de symboles ou de signes.

L'enfant peut désormais représenter une chose absente.

5 conduites marquent l'apparition de la fonction sémiotique :

- l'imitation différée

- le jeu symbolique : un coquillage va au cours du jeu devenir un chat (au dos arrondi), une barque, une assiette,...le réel est transformé par la pensée symbolique au gré des exigences du désir de l'enfant.

- le dessin

- les images mentales : copies actives du réel

- le langage : il s'agit d'un système de signes fixé par convention, arbitraire ; sans rapport de ressemblance entre le signifiant et le signifié. Toutefois, le langage de l'enfant diffère de celui de l'adulte : Les mots ou les phrases évoquent une réalité particulière ; l'enfant ne sait pas penser la généralité : il est enfermé dans la particularité. Lorsqu'il parle, l'enfant voit ce qu'il énonce : si fortement que son langage est plus allusif qu'informatif : comme si l'adulte ou l'autre enfant voyait comme lui ce qu'il évoque. C'est le langage égocentrique (**qui se transformera en langage socialisé**)

La pensée symbolique repose sur des images mentales symboliques, c'est-à-dire individuelles et pratiquement incommunicables.

Piaget a mis en évidence et a insisté sur l'égocentrisme de cette période.

Avec la fonction symbolique, l'intelligence n'est plus empirique, elle s'intériorise, avec une possibilité d'abstraction et de généralisation.

B) le développement de la pensée :

1- le stade de la pensée pré conceptuelle : de 18 mois à 4 ans

Il y a décentration par rapport au désir du moment et permanence de l'objet mais illusions perceptives.

2- le stade de la pensée intuitive : de 4 ans à 7 ans

Le raisonnement est « **prélogique** » : l'enfant est capable d'un raisonnement logique sur une partie seulement des données, sur un seul aspect des choses.

Exp. (Piaget) : on dispose devant l'enfant **2** verres identiques contenant le même nombre de perles, puis un **3^{ème}** verre de plus grand diamètre ; on vide devant l'enfant l' **1** des **2** premiers verres dans le **3^{ème}** : interrogé, l'enfant dit :

- qu'il y a moins de perles dans le **3^{ème}** car la couche de perles est moins haute
- ou : qu'il y a plus de perles dans le **3^{ème}** car la couche de perles est plus large

Exp.2 : former avec une même quantité de pâte à modeler plusieurs formes successives :

Boule, cylindre, galette : l'enfant trouve qu'il y a moins de pâte dans la galette ou le cylindre que dans la boule, parce qu'ils sont moins gros.

L'enfant ne peut - réunir les différents aspects de la réalité perçue

- intégrer dans un seul acte de pensée les phases successives du phénomène, les transformations

1.1.2.3. La période opératoire :

A) Stade des opérations concrètes :

De **7** ans à **12** ans

L'enfant acquiert le raisonnement logique d'abord concret, puis abstrait.

A partir de **7** ans les actions de l'enfant deviennent des opérations, c'est-à-dire des actions exécutables en pensée et réversibles.

On distingue :

- les structurations à caractère infra logique : conservations physiques (quantité de matière, de poids, de volume) et conservations spatiales (des longueurs, des surfaces, des volumes spatiaux).

- les structurations logicomathématiques :

Vers 7 ans, l'enfant acquiert la réversibilité logique : qui donne plus de mobilité à sa pensée.

La **réversibilité logique** c'est le fait qu'une transformation dans le monde physique peut être annulée en pensée par une action orientée en sens inverse.

Ex. une boule de pâte à modeler transformée en galette

La pensée opératoire concrète est structurée et logique. Elle utilise la réversibilité et la déduction. L'enfant est capable de distinguer à travers le changement ce qui est invariant.

Cette pensée logique ne s'applique qu'à des opérations concrètes.

L'enfant va raisonner de façon logique pour une caractéristique des objets, mais encore de façon intuitive pour une autre caractéristique.

a) structurations à caractère infra logique :

1 - conservations physiques

De la quantité de matière (7-8 ans)

L'expérimentateur présente à l'enfant 2 boules de pâte à modeler identiques (ayant la même quantité de pâte). Puis il pose la boule A en évidence et devant l'enfant il aplatit la boule B en une sorte de galette. Et demande à l'enfant s'il y a la même chose de pâte dans la boule et dans la galette ; et d'expliquer pourquoi il y en a plus ou moins.

Ensuite la boule B est transformée en une galette.

A 5 ans : l'enfant répond : - il y a moins de pâte dans la galette parce qu'elle est plate (la boule est grosse)

- il y a plus de pâte dans la galette parce qu'elle est plus grande

Vers 7-8 ans : les enfants affirment que la quantité de pâte reste identique « c'est la même chose, on n'a rien enlevé ni rien ajouté » « si on refaisait la boule, on aurait la même chose ».

De la quantité de poids (8-9 ans)

Du volume (11-12 ans)

L'enfant peut désormais faire des classifications, des sériations.

2 - conservations spatiales :

Des longueurs (vers 7 ans), des surfaces (vers 7 ans : exp. des 2 champs où broutent des vaches, sur lesquels on pose le même nombre de maisons : regroupées sur un pré, espacées sur l'autre : en demandant si chaque vache aura autant à manger), des volumes spatiaux.

b) La connaissance logicomathématique :

1- conservation des quantités numériques : par les correspondances terme à terme : acquise à 7 ans)

Exp. : on dispose 7 jetons blancs en ligne, un peu espacés. On demande à l'enfant de prendre autant de jetons rouges dans une boîte et de les placer en ligne sous la **1^{ère}**.

A **4-5** ans : l'enfant construit une ligne de jetons rouges aussi longue que la ligne de jetons blancs mais en comblant les intervalles

A **5-6** ans : l'enfant dispose un jeton rouge sous chaque jeton blanc (terme à terme) ; mais si l'observateur espace un peu plus une des 2 rangées, l'enfant dit qu'il n'y a plus «**la même chose de jetons** »

A 7 ans : la correspondance terme à terme est acquise, quelque soit l'arrangement des jetons. (Jetons rouges en rond, en croix,...)

2- les classifications

Acquisition des notions de « **tous** », de « **quelques** », vers l'âge de 8 ans

Exp. : on présente à l'enfant des perles en bois : **8** jaunes et **2** rouges et on demande :

- s'il y a plus de perles en bois ou plus de perles jaunes

3- les relations (sériations)

Grouper les objets selon leurs différences ordonnées : déjà l'enfant de moins de **2** ans peut empiler des gobelets de taille croissante, peut encastrer des formes de taille croissante ou décroissante. Mais, au stade des opérations concrètes, on assiste à une reconstruction de ces sériations sur le plan de la représentation.

Par l'expérimentation, on peut distinguer la sériation qui relève de la perception et la sériation qui relève des opérations proprement dites.

On donne à l'enfant **10** réglettes de **9** à **16** cm on lui demande de faire un escalier en commençant par la plus petite des réglettes. Puis on lui donne d'autres réglettes à intercaler.

C'est vers 8 ans seulement que l'enfant découvre une méthode opératoire : il cherche le plus petit élément de tous, puis le plus petit de tous ceux qui restent, etc... Un élément E est à la fois plus grand que les précédents et plus petit que les suivants (réversibilité opératoire, avec capacité d'intercaler sans tâtonnement les réglettes supplémentaires)

4- les groupements multiplicatifs

Portent sur plusieurs classifications et plusieurs sériations à la fois.

Le plus simple est la correspondance sérielle :

Exp. : on présente à l'enfant des bonshommes de tailles croissantes (ou décroissantes), des cannes correspondantes et des sacs à dos : l'enfant série en correspondance bonshommes, cannes et sacs à dos, vers **7** ans.

5- le nombre et le problème de sa construction

Le nombre n'est pas une donnée primitive correspondant à une intuition initiale, mais il se construit de façon opératoire.

Dans les épreuves de correspondance, il arrive un moment où l'enfant fait abstraction des qualités, c'est-à-dire élimine les différences entre les éléments qui deviennent équivalents.

Ex : les jetons de même taille et de même couleur ; les enfants n'ont d'autre moyen pour les distinguer que de les considérer l'un après l'autre :

Ils peuvent alors être énumérés : « **un et puis un, et puis un, etc.** »

A partir de **7** ans les actions de l'enfant deviennent des opérations, c'est-à-dire des actions exécutables en pensée et réversibles.

Toutefois, l'intelligence sensori-motrice continue à se développer ; cette « **intelligence pratique** » (**Rey**) permet bien des acquisitions : dans le domaine de la résolution de problèmes, dans le domaine de la mécanique.

B) Stade des opérations formelles :

A partir de **12** ans.

L'enfant commence à pouvoir détacher son raisonnement des opérations concrètes pour l'appliquer sur des énoncés verbaux, pour faire de pures hypothèses.

C'est le **raisonnement** «**hypothético-déductif** » : ce n'est plus un raisonnement sur des objets, mais un raisonnement sur les opérations qu'on peut appliquer aux objets.

Peu à peu, l'enfant devenant adolescent, peut raisonner sur des énoncés verbaux de plus en plus abstraits, et faire des hypothèses de plus en plus complexes. [Et on dit pourtant qu'il entre dans l'âge bête

1.2. : La théorie d'Henri WALLON

1.2.1. Idées principales :

1) La **maturation du système nerveux** est la base du développement.

2) Il y a une **différenciation progressive de la pensée** syncrétique vers la pensée objective :

Pensée syncrétique : l'enfant confond : son désir, son imagination et la réalité extérieure

Pensée objective : différenciation entre soi et l'autre, entre sujet et objet

3) **l'évolution se fait de l'intelligence pratique vers l'intelligence discursive**

La pensée intérieure naît d'une intériorisation de l'acte.

Pendant longtemps, l'enfant tourne entièrement son intelligence vers l'action immédiate.

L'intériorisation de la pensée nécessite l'identification à l'autre :

Imitation de l'autre

Identification en miroir qui permet à l'enfant de construire son propre schéma corporel.

Le rôle de la relation de l'enfant avec son entourage est fondamental, d'abord fondée sur la motricité, « **le dialogue tonique** » qui expriment les émotions, puis sur le langage.

4) **la pensée catégorielle :**

Découverte des oppositions qualitatives avant les oppositions quantitatives (grand / petit, beaucoup / peu)

Possibilité de distribuer dans des catégories les différents éléments de l'expérience, ce qui permet de découvrir progressivement la causalité et les lois qui la régissent.

« Les solutions données à ce problème dépendront d'un matériel d'analogies que l'enfant tire de son expérience usuelle, mais surtout de dissociations, qu'il sera capable d'opérer dans les données brutes de l'expérience pour ramener chaque facteur de la réalité à la série dont il fait partie, pour constituer ainsi des séries spécifiques de causes et d'effets. Le progrès de la causalité chez l'enfant est ainsi lié au développement de la fonction catégorielle. » In « l'évolution psychologique de l'enfant »)

1.2.2. Les stades :

Ils se suivent dans une alternance de phase centrifuges (construction de l'intelligence, développement des connaissances) et centripètes (construction de la personnalité).

1°) les stades impulsif (0 à 3 mois) et émotionnel (3 mois à 1 an) :

Motricité et émotion sont les principaux organisateurs de ce stade.

Le stade impulsif est caractérisé par le désordre gestuel.

Au stade émotionnel, les réponses de l'entourage aident l'enfant à organiser ses émotions.

2°) le stade sensori-moteur et projectif (1 à 3 ans) :

La manipulation d'objets et l'exploration de l'espace proche permettent le développement d'une intelligence des situations : l'intelligence pratique.

L'enfant commence à imiter.

L'apparition du langage, capacité à se représenter ce qui est absent, permet le développement de l'intelligence discursive.

3°) le stade du personnelisme (3 à 6 ans) :

L'affectivité prime.

- Période d'opposition : **3 à 4 ans** ; l'enfant s'oppose pour s'affirmer.
- Période de séduction : **4 à 5 ans**
- Période d'imitation : **5 à 6 ans** ; l'enfant imite le parent de même sexe

4°) le stade catégoriel (6 à 11 ans) :

Les activités intellectuelles dominent : l'enfant devient capable d'attention, d'effort, de mémoire volontaire. Il accède à l'abstraction.

5°) le stade de l'adolescence (11 à 16 ans):

Stade de remaniement affectif et de développement intellectuel.

1.3. Théories actuelles du développement de l'intelligence :

Les 4 modèles théoriques, du développement de l'intelligence :

1.3.1. Modèle biologique maturationniste : (Gesell, Montessori)

Déploiement de ce qui est préformé dans l'organisme.

Le milieu nourrit une croissance préformée.

1.3.2. Modèle (épigénétique) behavioriste : (de behavior : comportement)

Le développement, c'est le façonnage de l'organisme par l'environnement à travers le conditionnement agissant sur plaisir/déplaisir (la carotte et le bâton)

1.3.3. Modèle (épigénétique) interactionniste piagétien :

Le développement est la construction endogène de structures cognitives nouvelles rendues nécessaires par les problèmes posés par le milieu (repose sur l'assimilation et accommodation)

1.3.4. Modèle (épi génétique) interactionniste social : (Vygotsky)

Le développement est le produit des actions réciproques de l'organisme et de l'environnement, qui apporte avec le langage des problèmes (à résoudre) et des procédures cognitives.

1.4. La théorie de Lev VYGOTSKI

1.4.1. Notion de zone proximale de développement

Déf. Elle est définie par la distance entre les tâches que l'enfant est capable de réaliser seul (niveau actuel de développement) et celles qu'il est capable de réaliser sous la direction d'un autre (qui guide en posant des questions, donnant des exemples,...)

Un enfant peut toujours faire plus que ce qu'il sait faire seul, pourvu qu'il soit aidé.

1.4.2. Dimension sociale du développement

L'interaction sociale détermine les apprentissages scolaires, mais aussi le développement de toutes les fonctions psychiques supérieures : prise de conscience, langage, attention et mémoire volontaire.

« Chaque fonction psychique supérieure apparaît deux fois au cours du développement :

- d'abord comme activité collective, sociale donc comme fonction inter psychique.**
- Puis la 2ème fois comme activité individuelle, intérieure, comme fonction intrapsychique ».**

Le travail dans la zone proximale de développement – apprendre avec de l'aide- est utilisé à l'école tous les jours.

Sous chapitre 2 : Le développement psychoaffectif de l'enfant.

2.1. La théorie de Freud.

Généralités :

Même s'il n'a pas méconnu les interrelations étroites entre le développement intellectuel et le développement affectif, S. Freud a surtout donné une description chronologique du développement psychoaffectif.

L'enchaînement des différents stades est évidemment très progressif et chacune des problématiques successives (orale, anale, phallique) laisse derrière elle des traces qui s'organisent en strates successives susceptibles, selon les cas, de cristalliser des points de fixation, vers où convergeront les éventuelles régressions ultérieures.

Autrement dit, aucun stade n'est purement et simplement dépassé mais on assiste seulement à une succession de thématiques sous-tendues par une zone érogène déterminée, un choix d'objet et un niveau de relation objectale spécifique.

2.1.1. Les stades prégénitaux :

Ce sont les stades qui précèdent l'organisation du complexe d'oedipe, c'est-à-dire les stades se situant avant la réunification des différentes pulsions, partielles.

On distingue classiquement : le stade oral, le stade anal et le stade phallique.

2.1.1.1. Le stade oral : Il recouvre approximativement la première année de la vie.

La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est donc la zone bucco-labiale, le carrefour aéro-digestif jusqu'à l'estomac, les organes de la phonation mais aussi tous les organes sensoriels (importance du regard et de la peau).

Ainsi, que ce soit la nourriture ou les informations sensitivo-sensorielles, il s'agit de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieur : on mange ou on dévore des yeux, on boit les paroles...

L'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut (le biberon). A cette époque, la fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant et très rapidement le plaisir oral vient s'étayer sur l'alimentation. Au-delà de l'apport alimentaire, l'enfant découvre rapidement que l'excitation bucco-linguale procure un plaisir en soi (suçotement des lèvres ou du pouce).

Le but pulsionnel : il est double : d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation

De la zone érogène orale (succion...) et d'autre part un désir d'incorporation des objets. En avalant « **l'objet** », l'enfant se sent uni à lui, et ce sont ces incorporations primitives qui fourniront le prototype des identifications et introjections ultérieures. A ce stade, avoir l'objet en soi équivaut à être l'objet.

Le sevrage représente le conflit relationnel spécifique de cette période. C'est

La Crise liée à l'ablactation. En réalité, plus que l'introduction d'aliments non lactés, c'est l'introduction d'une alimentation à la cuillère qui peut être source de difficultés en amenant une discontinuité supplémentaire entre les cuillerées au moment même du repas. Celle-ci doit être compensée par un « holding » de la part de la mère (toucher, regard, paroles...) **qui alimentent autant l'enfant.**

Si le sevrage est trop tardif, il peut être vécu par l'enfant comme une conséquence de ses pulsions agressives, c'est-à-dire une punition ou une frustration. En revanche, si le sevrage est trop précoce, avant que l'investissement libidinal n'ait pu se déplacer sur d'autres objets, l'enfant risque de rester fixé à une relation de type « **oral passif** ».

Traumatisme ou non, le sevrage laisse dans le psychisme humain la trace de la relation primordiale qu'il est venu clore.

La genèse de la relation objectale débute évidemment à ce stade, mais la notion d'objet est encore prématurée. Les interrelations précoces fournissent en effet la préforme des relations objectales futures et l'enfant « **investit la mère avant même de la percevoir** » (S. Lebovici). Il s'agit de la mère au sens large, c'est-à-dire de la personne dispensatrice des soins, avec tout ce qu'elle apporte du père dans son discours. Les premières relations d'objet sont encore parcellaires et le nourrisson est aux prises avec des objets dits partiels et mal localisés dans l'espace. Il n'a pas encore

conscience du dedans et du dehors, du soi et du non soi ; il vit dans une sorte d'autarcie (**Moi idéal**) où son omnipotence est maximale puisque les objets qui le satisfont peuvent être encore vécus comme des parties de lui-même ou comme ses propres créations.

Peu à peu le nourrisson prendra conscience des objets extérieurs, d'une part en différenciant les objets familiers (**aimés**) des objets insolites (**menaçants**), et d'autre part à l'occasion des expériences de manque, l'enfant perçoit peu à peu que la tension naît en lui-même alors que la satisfaction lui arrive du dehors. Quand la tension est apaisée, la distinction entre le dedans et le dehors s'estompe ainsi que la conscience confuse qu'il avait d'un objet extérieur.

A ce stade, il existe une équation symbolique pour l'enfant entre la nourriture et la mère, et les difficultés relationnelles avec celle-ci peuvent se traduire directement au niveau de l'alimentation (anorexie, vomissements).

Illustration clinique :

Où pourquoi S. Freud a décrit ce premier stade sous le registre de l'oralité ?

Le nourrisson qui a faim ressent une tension, il crie, pleure et dans le meilleur des cas, la mère répond et le nourrit. La tension baisse et le nourrisson s'apaise, parfois même s'endort de bien être. C'est au niveau de l'oralité que la tension s'est apaisée. Il nous en reste des traces à l'âge adulte. Ainsi, lors de moments d'angoisse, ne porte-t-on pas à la bouche ? dans certains stress, pourquoi certains se rongent-ils les ongles mâchonnent-ils leurs crayons ? comme si porter à la bouche pouvait apaiser une tension, réduire une angoisse.

Outre la fonction alimentaire, c'est aussi au niveau de l'oralité que les prémisses du plaisir (oral) vont se mettre en place : plaisir de sucer, de téterle plaisir de manger la convivialité, la relation à l'autre sont autant d'exemple de la vie adulte illustrant cette notion de plaisir lié au fait de se nourrir... le slogan : « **on se téléphone et en se fait une bouffe** » est l'archétype de ce lien : se nourrir et communiquer.

Toujours au niveau de la bouche, le nourrisson va exprimer des affects et des émotions. Outre le plaisir. Il va extérioriser son agressivité (**plaisir de morde...**) va crier (**décharge émotionnelle**).

Enfin le nourrisson a tendance à tout porter à la bouche durant sa première année de vie. C'est à ce niveau qu'il va faire l'expérience du dedans et du dehors, du soi et du non soi.

Ainsi, manger n'a pas pour seule fonction de se nourrir. L'oralité renvoie à des problématiques multiples.

2.1.1.2. Le stade anal : il recouvre approximativement la deuxième année de la vie.

C'est une année consacrée à la maîtrise ou à l'emprise ('pulsion d'emprise').

Le plaisir anal (**étayé sur l'excrétion des selles**) existait déjà auparavant mais il va désormais se conflictualiser.

La zone érogène prévalente ou pulsionnelle est la muqueuse ano-rectosigmoïdienne, voire toute la muqueuse digestive. Ce n'est pas donc pas un investissement purement orificiel puisqu'il va s'étendre jusqu'à l'ensemble de l'appareil musculaire.

Au stade II s'agit soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi, soit de les expulser.

L'objet pulsionnel est cependant relativement complexe ça il ne peut être réduit aux fèces. À cette époque la mère (et plus généralement l'entourage) est également un objet partiel à maîtriser et à manipuler.

Là encore le but pulsionnel des donc double : d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène anale grâce aux selles, d'autre part une recherche de pression relationnelle sur les objets et les personnes qui commencent à se différencier. L'enfant considère en effet ses selles comme une partie de lui-même qu'il peut soit expulser, soit retenir (distinction entre les dedans et le dehors) ; selles qui deviennent ainsi une monnaie d'échange » entre lui et l'adulte.

On doit à K. Abraham la division de ce stade anal en deux sous stades :

La phase sadique anale expulsive qui couvre le troisième semestre de la vie. L'autoérotisme narcissique est ici évident mais il se colore d'une dimension sadique en ce sens que l'expulsion intempestive d'objets détruite prend la valeur d'un défi envers l'adulte ;

La phase masochique anale rétentive couvre le quatrième semestre de la vie. C'est la recherche active d'un plaisir passif lié à la rétention des matières fécales, plaisir qui n'est toutefois pas exempt d'un certain sadisme en ce que l'enfant conserve en lui ce que l'adulte considère comme précieux et attend comme un « **cadeau** ».

Le stade anal devient le stade de l'ambivalence maximal puisque d'une part le même objet fécal peut être conservé ou expulsé (à l'origine de deux plaisirs différents) et d'autre part parce qu'en fonction du temps et du lieu d'expulsion ou de rétention .il peut prendre la valeur soit d'un bon objet, soit d'un mauvaise objet (arme ou cadeau relationnel).

C'est donc à ce stade que l'enfant consolide la frontière entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et le non soi, et qu'il commence à prendre plaisir dans la manipulation relationnelle des objets extérieur (mère ou substitut).

Ainsi c'est à **18** mois que Freud, chez un de ses petits-enfants, a décrit le jeu de ka bobine (fort da) qui au-delà de son pouvoir de symbolisation de la présence et de l'absence de la mère .traduit aussi l'accession à une certaine maîtrise symbolique et à un certain pouvoir relationnel sur autrui (on sait qu l (enfant adore voir l'adulte ramasser ce qu'il a jeté) .

A la lumière de ces données théoriques, l'éducation sphinctérienne ne doit être bi trop précoce ni trop rigide afin que l'enfant ait le temps d'éprouver un certain pouvoir sur l'autre (condition de la reconnaissance de l'existence de celui-ci) sans s'identifiera un surmoi parental trop tyrannique.

En tout état de cause la propreté sphinctérienne anale ne pourra être acquise qu'a l'issue d'une bonne intégration de la phase anale rétentive.

La relation d'objet de type anal : outre l'ambivalence déjà notée (conflit d'ambivalence primaire : amour/haine). Il y a mise en place de l'axe sado masochique et enracinement de la bisexualité psychique fondamentale.

La dimension sadique reconnaît une double polarité : destruction de l'objet extérieur mais aussi sa conservation en soi pour le contrôler et le manipuler .elle amène l'enfant a la découverte du pouvoir sur lui-même et sur autrui (sentiments de toute puissance) et la découverte de la possession pour autant que les selles peuvent servir d'origine et de support à la notion de propriété privée.

La dimension masochique correspond à la recherche active de plaisir au travers d'expériences douloureuses. Le plaisir de fessée, si la douleur n'est pas forte, est lié au déplacement de l'investissement libidinal de l'anus à la peau des fesses. On sait qu'un maniement excessif de cette attitude éducative peut aboutir paradoxalement à une érotisation accrue de cette zone corporelle.

La phase anale du développement concourt à la mise en place du couple antagoniste **activité/passivité**.

Illustration clinique :

Où pourquoi S.Freud a décrit ce deuxième stade sous le registre de l'analité ?

Autour du conflit centré sur la propreté, plusieurs problématiques psychiques archaïques émergent :

L'ambivalence : et la question du choix (inconscient) de la réponse ç l'autre : ma mère me demande quelque chose... Comment vais-je lui répondre ?

LA maîtrise sur soi, sur son corps (ses sphincters par exemple mais pas uniquement).

Et l'empire sur l'autre : ce que je fait (ou ne fais pas) à des effets sur l'autre, avec la conscience de l'acquisition d'un pouvoir sur autrui.

La mise en place de l'axe sado-masochiste : capacité à se procurer du plaisir en se faisant du mal (plaisir de se retenir) ou en poussant l'autre à me faire du mal (fessées...), mais aussi capacité et plaisir (voire jouissance inconsciente) à faire du mal à l'autre.

L'appréhension des frontières entre l'intérieur et l'extérieur.

2.1.1.3. Le stade phallique : Il recouvre approximativement la troisième année de la vie.

Annonçant et précédant la problématique oedipienne, il instaure une relative unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, mais sans qu'on puisse encore parler véritablement de généralisation de la libido. Il se centre autour d'une thématique liée à l'absence ou à la présence de pénis.

C'est en quelque sorte une période **d'affirmation de soi**.

La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention. Comme le plaisir anal, ce plaisir urétral comporte une dimension auto-érotique et aussi une dimension objectale.

Le contrôle du sphincter vésical donne lieu à une surestimation narcissique avec toute une dialectique entre les sentiments de honte liés aux échecs et l'ambition, représentant spécifique de la lutte contre la honte.

C'est à ce stade que se manifeste la **curiosité sexuelle infantile**, l'enfant prend conscience de la **différence anatomique des sexes**, c'est-à-dire de la présence ou de l'absence de pénis. Dès lors le stade phallique va être en quelque sorte une période de déni de cette différence et ceci tant chez le garçon que chez la fille. Le garçon va nier la castration par la négation du sexe féminin ou par le maintien de la croyance en une mère pourvue de pénis. La fille va manifester son envie du pénis, soit en imaginant une « poussée » ultérieure du clitoris, soit par le biais d'attitudes dites « d'ambition phallique » (comportements brutaux, recherche des dangers, allures des « garçon manqué »).

C'est à cette époque que se structurent certains fantasmes liés à la scène primitive et que se manifestent un certain exhibitionnisme et un certain voyeurisme. ces tendances qui appartiennent au plaisir préliminaire de l'adulte cherchent ici à se satisfaire pour leur propre compte .on sait pas les rapports qui existent, grâce aux sublimations, entre la curiosité sexuelle et la curiosité intellectuelle.

Dans « pulsions et destins des pulsions » (1915), Freud montre comment la pulsion épistémophilique (le besoin de savoir) est liée a la curiosité sexuelle. Cette pulsion peut s'inhiber (inhibition et retard intellectuel), demeurer sexualisée (névrose obsessionnelle) ou enfin se sublimer.

L'enfant va également élaborer des théories sexuelles infantiles qui correspondent à l'interprétation des faits en fonction de son vécu libidinal et compte tenu de son incapacité à les intégrer sur un plan rationnel.

Au total le stade phallique demeure un stade prégénital car le pénis est davantage conçu comme un organe porteur de puissance ou de complétude que comme un organe strictement génital.

C'est un stade qui demeure en garde partie narcissique et non pas objectal : la question 'd'en avoir ou pas ' ne renvoie pas en effet à l'usage qu'on peut en faire mais au simple fait de la possession du pénis. Les angoisses spécifiques de ce stade sont évidemment des angoisses de castration. Les conflits qui s'y attachent mettent en jeu le narcissisme de l'idéal du moi.

Illustration clinique :

Ou pourquoi S. Freud a décrit ce troisième stade sous le registre du phallus ?

La découverte de la différence anatomique des sexes est un moment important de la vie psychique .cette prise de conscience de la différence des sexes est source d'angoisse. (Angoisse de castration).c'est l'époque de l'élaboration des théories sexuelles infantiles et du questionnement sur la

sexualité avec son corollaire : comment fait-on les bébés ?? ... cette curiosité infantile, les publicitaires en ont bien perçu l'importance et reprennent ces questions sur le ton de l'humour.

A une problématique de l'avoir (en avoir une au pas) se superpose une problématique de l'être (être un garçon ou être une fille) et donc des prémices de la mise en place de l'identité sexuée et de l'affirmation de soi. Il n'est rare, à cette époque, de voir les enfants (surtout les petites filles) prendre du plaisir dans une certaine forme d'exhibition, nue.

Au-delà c'est aussi la question de posséder ou non le phallus.

Ce stade vient amorcer le complexe d'oedipe.

2.1.1.4. Le complexe d'Oedipe.

Le complexe d'oedipe est le point nodal structure le groupe familial et la société humaine tout entière (prohibition de l'inceste). C'est le moment fondateur de la vie psychique assurant le primat de la zone génitale le dépassement de l'auto-érotisme primitif et l'orientation vers des objets extérieur

Le complexe d'oedipe permet l'avènement d'un objet global, entier et sexué .il joue enfin un rôle crucial dans la constitution du surmoi et de l'idéal du moi.

La période oedipienne se situe approximativement entre **4** et **7**ans.

L'angoisse de castration

Nous en avons parlé au stade précédent mais la castration oedipienne diffère de la castration phallique en ce qu'elle est moins narcissique et plus objectocentrée.

Autrement dit la perte n'est plus seulement une amputation de soi et de son pouvoir, mais une limitation de sa relation à l'autre .l'angoisse de castration s'origine dans la constatation de la différence des sexes. Face à cette angoisse, le garçon va se défendre par le surinvestissement du pénis.

La fille elle qui a découvert son clitoris mais pas encore son vagin, va développer une « envie du pénis » concept qui à la base de toutes les critiques féministes dont la théorie freudienne fait l'objet .quoi qu'il en soit dans cette théorie, pour la petite fille aucun déni ne peut compenser cette blessure narcissique vécue dans la réalité .c'est cette envie du pénis qui va introduire la fille à la problématique oedipienne.

b) Comme dans la légende de Sophocle.

Le complexe d'oedipe dans sa forme positive correspond à une attirance pour le parent de l'autre sexe et à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent de même sexe.

Le complexe d'oedipe négatif (ou inversé) correspond à une situation contraire et le plus souvent on assiste à une oscillation de l'enfant entre ces deux attitudes (forme complète du complexe d'oedipe).

c) Il existe cependant des différences importantes entre le garçon et la fille :

Chez le garçon, le complexe d'oedipe ne suppose pas un changement d'objet d'amour (l'objet d'amour initial étant déjà la mère) alors que chez la fille un tel changement doit s'opérer. C'est l'inverse au niveau des identifications et ce phénomène expliquerait, selon Freud, le fait que souvent les identifications féminines de la fille sont plus ancrées que les identifications masculines du garçon.

Chez le garçon l'angoisse de castration vient mettre un terme assez brutalement à la problématique oedipienne, l'enfant devant renoncer à sa mère sous l'effet de la menace castration. Chez la fille en revanche c'est l'angoisse de castration qui initie la problématique oedipienne dont la liquidation sera chez elle moins rapide que chez le garçon, s'étalant sur plusieurs années.

d) L'amour oedipien ne doit pas être conçu comme un amour idyllique.

C'est un amour doublement entravé : entravé de l'intérieur car l'attirance pour un parent implique un certain renoncement à l'autre (tiers regretté) et entravé de l'extérieur par la menace de castration (tiers redouté) ceci explique pourquoi les mouvements anxio-dépressifs sont fréquents pendant la phase oedipienne ainsi que des émergences phobiques (peur de perdre l'amour du parent du même sexe en raison de la rivalité).

e) Sur le plan identifications le complexe d'oedipe marque une étape décisive puisqu'il instaure la prévalence de l'être sur l'avoir. Il ne s'agit plus seulement d'avoir ou non le pénis mais d'être un homme ou une femme à l'instar des images parentales avec tout le jeu relationnel que cela implique.

Enfin par l'intériorisation des interdits parentaux (prohibition de l'inceste essentiellement), ce complexe d'oedipe permet la mise en place du surmoi et de l'idéal du moi définitifs. L'acceptation de

la différence des sexes confère également à l'enfant une aptitude au deuil et à l'activité symbolique de type adulte.

2.1.1.5. La période de latence :

C'est une période classiquement à conflictuelle, se situent entre **7 et 12 ans**.

En réalité, les conflits des stades précédents persistent en partie, mais se montrent moins prégnants en raison d'une modification structurale des pulsions sexuelles (sans qu'on puisse décrire pour autant une nouvelle organisation de la sexualité).

a) Le point essentiel consiste en une relative obsessionnalisation de la personnalité que l'éducation et l'enseignement savent d'ailleurs mettre à profit pour demander à l'enfant l'acceptation de rythmes réguliers et une discipline plus précise (soumission à la règle). Les tendances obsessionnelles reposent sur la mise en place de formations réactionnelles (dégoût, pudeur, etc....) qui vont permettre à l'enfant de se dégager peu à peu des conflits sexuels de la période précédente. Ainsi apparaissent les sentiments de tendresse, de dévotion et de respect envers les images parentales.

b) On assiste à une déssexualisation progressive des pensées et des comportements grâce à un travail de refoulement permettant les sublimations.

Celles-ci, en déplaçant les bus pulsionnels vers des objectifs plus socialisés (Jeux et sports collectifs, musique, etc....) donnent lieu à une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages pédagogiques (tous en rappelant que l'énergie de ces nouveaux intérêts demeure issue des intérêts sexuels originels).

c) Enfin, on constate une extension extrafamiliale de la problématique oedipienne. Ceci va permettre l'attrance de l'enfant vers des activités sociales plus larges et des milieux relationnels différents (école, groupes d'enfants ...) grâce au déplacement des conflits primitifs sur des substituts des images parentales. Ce phénomène concourt grandement à la liquidation du complexe d'oedipe.

Illustration clinique:

Ou pourquoi S.Freud a écrit cette période comme celle de latente ?

Cette période est moins conflictuelle, si tout s'est bien passé auparavant... l'enfant se socialise en dehors de la famille. C'est comme s'il ordonnait les choses. N'est ce pas à cette époque que l'on commence une collection (de timbres ou d'autre chose...) ? Que l'on commence un sport, en intégrant

les règles ? Si certains conflits sont toujours latents, cette période est moins « chaude » psychiquement.

2.1.1.6. La puberté et l'adolescence :

On ne peut pas parler de stade ou de période, mais plutôt de **crise** qui vient clore soudainement la période de latence.

a) L'adolescence est centrée par une **crise narcissique et identificatoire** avec des angoisses intenses quant à l'authenticité et à l'intégrité de soi, du corps et du sexe. La constitution de l'identité (à partir des identifications successives) est balbutiante, faite d'avancées et régressions.

b) Parallèlement aux **modifications physiques et somatiques (puberté)**, on assiste à des émergences pulsionnelles massives qui viennent déséquilibrer les rapports entre les instances intrapsychiques. Le Moi se sent envahi par une angoisse pulsionnelle face à laquelle il va devoir se défendre.

d) On décrit alors une **réactivation de la problématique oedipienne** avec déplacement sur des substitut parentaux, idéalisés (professeurs, artistes...) mais aussi une **réactivation des problématiques pré-génitales et notamment orales** (anorexie mentale, toxicomanie, alcool, tabac et autres addictions...)

Dans cette perspective les mécanismes de défense les plus archaïques (clivage, déni, idéalisation...) se trouvent à nouveau à l'ordre du jour et expliquent certaines distorsions qui peuvent pourtant ne pas être forcément de mauvais pronostic en cette période psychologiquement troublée.

e) On constate à cette époque une tendance au passage à l'acte (qui permet de faire l'économie de la mentalisation des conflits), une manipulation de l'idée de mort (s'intégrant dans une tendance à l'abstraction et à la métaphysique qui déplace les conflits sur le terrain intellectuel) et l'émergence fréquente d'idées dépressives.

L'adolescence est en effet une période de renoncements multiples. Parmi les différents deuils que l'adolescent a assumés, il faut insister particulièrement sur le deuil des illusions personnelles et le deuil des images parentales. L'adolescent doit en effet admettre un décalage irréductible entre son Moi et son Idéal du Moi (blessure narcissique) et admettre également les imperfections inévitables de ses parents (perte d'objet). Les tendances dépressives à cette époque, sont donc mixtes : à la fois narcissiques et objectales.

f) Tous ces processus psychologiques s'effectuent souvent de manière chaotique, par accoups, avec des régressions temporaires et des reprises du développement qui viennent accroître l'ambiance de paradoxes permanents.

Les **Problématiques de dépendance et d'autonomisation** (psychique) sont à l'œuvre avec parfois des difficultés à se séparer et pour l'adolescent en quête d'une autonomie, toujours plus grande, tout en évitant le risque (voire le danger) de se retrouver seul.

Chapitre 2 : Développement psychomoteur et examen neurologique de l'enfant et

carence affective :

Sous chapitre 1 : Développement psychomoteur et examen neurologique :

1.1. Questions d'examen :

1. Décrire les principales étapes des acquisitions psychomotrices de l'enfant de 0 à 3 ans.
2. Décrire l'évolution des réflexes archaïques.
3. Décrire le développement de la motricité globale chez l'enfant de **0 à 3** ans.
4. Décrire l'évolution de la préhension chez l'enfant.
5. Décrire les grandes étapes de l'acquisition du langage au cours des trois premières années de vie.
6. Quelles sont les trois questions essentielles à analyser devant la constatation d'un retard psychomoteur ?

1.2. Objectifs pratiques

1. Définir les principales étapes du développement psychomoteur de l'enfant :

De **0 à 3** ans

De **3 à 6** ans

De **6 à 10** ans.

2. Effectuer un test de Denver chez un nourrisson.

1.3. Introduction

Pouvoir affirmer, lors des visites systématiques de la première enfance, qu'un enfant se développe normalement est d'une grande importance. Le retard des acquisitions psychomotrices est le handicap le moins bien reconnu par les médecins et les psychologues. Il ne pourra être mis en évidence que **si le médecin et le psychologue** ont acquis, pour chaque âge, des repères précis de développement normal. Le but de ces examens systématiques est double: le plus souvent, il permet de rassurer les parents sur le développement neurologique et psychologique de leur enfant. Parfois, il met en évidence un décalage des acquisitions psychomotrices, associé ou non à des signes neurologiques.

Le dépistage d'anomalies du développement cérébral tôt dans la vie de l'enfant, permet une prise en charge précoce de l'enfant et sa famille.

1.4. Modalités de l'examen clinique

L'évaluation du développement demande une coopération parfaite de l'enfant. Il faut donc le laisser en sécurité, dans les bras de sa mère ou de son substitut, et commencer l'examen par des jeux en réservant l'examen neurologique plus formel et l'examen général à une phase ultérieure de la consultation.

1.4.1. L'examen du nourrisson (0 à 3 ans) :

1.4.1.1. Technique d'examen :

Il faut d'abord dialoguer avec les parents ou le substitut, les interroger sur les antécédents familiaux, (sur le déroulement de la grossesse et sur les conditions de l'accouchement éventuellement), les questionner sur les réalisations de l'enfant. En s'aidant du carnet de santé, les principales étapes du développement sont repérées dans le temps (par exemple, sourire-réponse à **2** mois, tenue assise sans appui à **7** mois, marche à **12** mois...). Pendant tout le temps de l'entretien, l'enfant est observé, puis le premier contact commence sous forme de jeu, alors que l'enfant est toujours habillé et "en sécurité" sur les genoux de sa mère ou de son substitut. La pièce d'examen doit être calme, sans intervention extérieure pendant le temps de la consultation. L'examineur utilise un petit matériel (cubes en bois, une pièce de monnaie, une bouteille contenant une pastille colorée, un imagier). Ce matériel, préparé à l'avance, est toujours le même pour que l'examineur en ait l'habitude et puisse comparer les réactions des enfants. A partir de l'âge de **6** mois, l'examen commence par une phase de mise en confiance, par exemple en proposant à l'enfant un cube coloré posé devant lui, sur la main de l'examineur. Lorsque le nourrisson a accepté de le prendre, de le

manipuler, puis à partir de **8-10** mois d'établir un échange avec l'examineur, l'évaluation peut commencer.

L'observation porte également sur :

(1) comment l'enfant fixe-t-il ? Suit-il du regard dans les deux directions ?

Essaie-t-il d'attraper l'objet qu'on lui propose ? Le mouvement est-il libre, précis ? Utilise-t-il indifféremment la main droite et la main gauche ? (Une latéralisation à cet âge est anormale et doit faire rechercher une anomalie). La saisie des petits objets se fait-elle par une pince doigt-paume, doigt-pouce ou pouce-index ?

(2) Le contact avec le nourrisson est-il bon ? Sourit-il, s'intéresse-t-il à ce qui l'entoure ou, au contraire, reste-t-il indifférent, passif ? Peut-on capter son attention de façon durable ou existe-t-il une hyperactivité ?

(3) Evaluation de l'audition : la réaction aux stimuli auditifs (voix, clochette) est repérée, chez le nouveau-né, par une modification de la succion, l'ouverture des yeux ou de la bouche, une brève immobilisation. Chez le nourrisson, la réaction au bruit est plus facile à repérer, une rotation de la tête vers la source sonore est observée à partir de l'âge de trois mois.

1.4.1.1. Les dates à retenir :

Elles sont indiquées sur le **test de Denver**. Les principales acquisitions de l'enfant y sont classées en quatre rubriques : motricité globale, motricité fine, langage et contact social. Le test de Denver est facile à utiliser chez le nourrisson puis chez l'enfant, jusqu'à **5-6** ans. Il permet une évaluation rapide (possible au cours d'une simple consultation) et sert ainsi au dépistage.

Dans la réalisation de chaque épreuve, il existe une variation individuelle normale, indiquée dans le tableau par la taille du rectangle. Le rectangle débute à l'âge auquel 25% de la population passe l'épreuve, le tiret correspond à l'âge ou **50%** de la population passe l'épreuve, le début du grisé correspond à **75%** de la population et la fin du rectangle à **90%** de la population. Avant d'examiner l'enfant, il faut tirer un trait au niveau de son âge chronologique. Les épreuves proposées sont celles situées directement à gauche de ce trait, c'est-à-dire celles que réussissent 90% des enfants de son âge, puis des épreuves plus "difficiles", correspondant à son âge chronologique, sont proposées. Le test de Denver considère acquises les performances désignées par ®, rapportées par les parents ou leurs substituts au cours de l'interrogatoire. A la fin de l'évaluation, on peut déterminer si l'enfant a des acquisitions en rapport avec son âge chronologique ou si elles sont décalées et dans ce cas,

chiffrer

le

retard.

Certains repères chronologiques sont importants à retenir :

- **0 à 3 mois** : sourire-réponse, suivi de l'objet dans les deux directions de l'espace, tenue de la tête, ouverture des mains.

- **3 à 6 mois** : intérêt pour les objets, rire, gazouillis, l'évolution du tonus axial et périphérique se poursuit selon un gradient céphalo-caudal

Tête ----> Cou -----> Ceinture scapulaire ----> Tronc -----> Ceinture pelvienne

Membres supérieurs Membres inférieurs

- **6 à 9 mois** : le nourrisson porte les objets ou un gâteau à la bouche, manipule les cubes d'une main dans l'autre, dit des bisyllabismes (ba-ba, ta-ta, pa-pa +), tient assis sans appui. Sur le plan comportemental, l'enfant quitte la période symbiotique où il ne se distingue pas de ce qui l'entoure, pour entrer dans la période dyatique où il se perçoit comme distinct de l'environnement et notamment de sa mère.

L'enfant est timide avec les inconnus, par exemple l'examineur (notion d'angoisse de l'étranger), supporte mal la séparation avec sa mère ou son substitut. Il s'attache souvent à un objet (bout de tissu, peluche...) dont l'odeur, la douceur la chaleur rappelle certaines qualités maternelles (familiales) et permettent de mieux tolérer la séparation, c'est "l'objet transitionnel". Cependant, les expériences de séparation prolongée ou répétée sans substitut maternel stable peuvent conduire à un état dépressif grave ou "dépression anaclitique du nourrisson".

- **9 à 12 mois** : évolution de la pince pour saisir les petits objets ou la pièce de monnaie (8-10 mois : pince pouce doigt, 10-13 mois : pouce pouce index), notion de permanence de l'objet (acquise vers 10 mois) : l'enfant va chercher l'objet caché sous un tissu ou dans la main de l'examineur, l'enfant tient debout contre appui, s'assoit et se met debout seul. La compréhension verbale, plus encore que le langage, évoluent. L'enfant comprend certaines séquences reliées à une situation vécue (au revoir, bravo, donne), dit "papa" "maman" de façon dirigée.

- **12 à 18 mois** : le langage apparaît: d'abord sous la forme de mots séparés, "mot phrase" qui peut prendre plusieurs sens, par exemple "maman" peut désigner la personne mais aussi le sac, les chaussures... de maman. Les mots sont ensuite groupés deux à deux. Développement de l'autonomie dans certains gestes (boire au verre, utilisation de la cuillère...), sur l'acquisition de la marche. L'enfant

découvre son corps : il aime regarder son image dans le miroir (stade du miroir de J. Lacan), peut montrer son nez, bouche... à la demande.

- **18 mois à 2 ans** : poursuite de l'acquisition de l'autonomie, suit des ordres simples, habilité accrue dans la réalisation de tour de cubes, comprend comment sortir la pastille de la bouteille en la retournant. Pour atteindre son but, il passe progressivement de la solution empirique à la solution réfléchie. C'est la fonction "sémiotique" qui associe quelque chose de concret à un symbole.

- **2 à 3 ans** : l'enfant est maintenant très autonome dans ses déplacements, se déshabille seul et commence à enfiler les vêtements. Acquisition de la propreté de jour. Commence à utiliser un crayon. Le langage s'enrichit, fait de courtes phrases, le "je" apparaît vers 3 ans. La fonction sémiotique avec l'accès aux symboles se renforce. Cela se traduit par l'imitation différée dans le jeu avec les poupées, les voitures..., les jeux symboliques comme l'avion représenté par deux bouts de bois croisés.

L'affectivité définie par le domaine des sentiments dans la relation à soi et aux autres a été particulièrement étudiée par les psychanalystes. Plusieurs stades ont été définis en fonction de la zone "érogène" prédominante et la fonction physiologique associée.

- **Entre 0 et 18 mois**, c'est le stade oral. Le plaisir est lié à l'alimentation et à ce qui l'accompagne, les conflits s'expriment autour de la nourriture engloutie, refusée...

- **Entre 18 mois et 3 ans**, c'est le stade anal qui symbolise la période d'éducation sphinctérienne avec ses plaisirs (celui de retenir ou d'expulser, d'être propre ou sale) et ses conflits avec l'entourage. Cette période est aussi celle de l'opposition de l'enfant face aux interdictions parentales qu'il découvre. Elle se traduit par le "NON", les colères parfois impressionnantes (se roule à terre, spasme du sanglot...).

1.4.1.1. Examen neurologique formel :

Quelque soit l'âge de l'enfant, il faut tester :

- Le maintien postural : tient-il sa tête, son tronc ? Résiste-t-il à une poussée latérale, à la pesanteur lors des manoeuvres de suspension verticales ou latérales (prise de l'enfant dans la main de l'examineur en position ventrale, sur le coté droit puis gauche, sur le dos) ?
- Se retourne-t-il dans son lit, tient-il assis, debout ?
- Les membres sont-ils souples ou raides (il faut palper les tendons, les muscles au repos et lors de la mobilisation passive lente et rapide) ?
- Quelle est l'évolution du périmètre crânien, y-a-t-il un souffle intracrânien, l'enfant réagit-il au bruit,

à la lumière ? Les réflexes ostéo-tendineux sont-ils présents ?

- Enfin, il ne faut pas oublier l'examen général, et en particulier la recherche d'une hépatomégalie, d'une splénomégalie (évoquant une maladie de surcharge), la recherche de taches cutanées (évoquant une phacomatose).

Particularités de l'examen neurologique du nouveau-né (cf. chapitre consacré au **nouveau-né** normal).

1.4.1.2. Cas particulier du grand prématuré:

L'examen des réflexes archaïques est plus informatif chez le prématuré que chez l'enfant né à terme. Ils participent à l'évaluation du niveau de maturation de l'enfant. Dans les premières semaines de vie, l'évaluation du grand prématuré doit tenir compte de l'immaturité cérébrale, et fait intervenir la notion d'âge corrigé, c'est à dire d'âge de l'enfant à partir du début de la grossesse.

Le "rattrapage" de développement avec les enfants nés à terme se fait le plus souvent entre le 3ème et le 6ème mois de vie. A la fin du deuxième semestre de vie, l'ancien prématuré doit accomplir les mêmes performances, aux mêmes dates, que l'enfant né à terme.

1.4.2. Examen du jeune enfant (3 à 6 ans)

C'est l'âge du dépistage des retards mentaux modérés et des troubles de la personnalité. Il est important de les repérer tôt dans la vie de l'enfant afin de conseiller les parents pour le début de la scolarité de l'enfant. Une intégration en maternelle est souvent possible. Par contre, il faut évaluer les capacités de l'enfant à entrer en primaire, parfois avec une aide adaptée, afin d'éviter les situations d'échecs, préjudiciables au développement de l'enfant.

1.4.2.1. Technique d'examen :

L'examen de dépistage se fait, après mise en confiance de l'enfant. Il est très utile de demander à voir les réalisations faites à l'école maternelle. L'essentiel de l'évaluation repose sur le langage, le graphisme, l'autonomie dans les gestes de la vie courante. Le comportement de l'enfant est observé pendant tout le temps de la consultation. Peut-il maintenir son attention ou, au contraire, passe-t-il sans arrêt d'une activité à l'autre. S'intéresse-t-il aux objets qu'on lui propose ou les jette-t-il immédiatement à terre ? Il est également important de se faire préciser sa capacité à construire un jeu

seul ou avec les autres. A-t-il des jeux répétitifs (éteindre et allumer la lumière, tourner les robinets d'eau...) évocateurs de troubles de la personnalité.

1.4.2.2. Les dates à retenir :

- **Graphisme** : de façon schématique, on peut retenir qu'un rond est réalisé vers **3** ans, une croix vers **3 ans 1/2**, un carré sur démonstration vers **4** ans, un triangle vers **5** ans, un losange vers **6** ans (entrée en C.P.). Le dessin du bonhomme est également très utile : bonhomme têtard vers **3 ans 1/2-4** ans. Le bonhomme à **5** parties distinctes vers **4 ans-4 ans 1/2**, puis il s'enrichit de détails. Le profil apparaît vers **6** ans. La latéralisation s'acquiert entre **3 ans 1/2** et **4 ans 1/2** pour la main et le pied.

- **Langage** : le langage devient riche et informatif à partir de **3 ans 1/2**, les couleurs sont connues vers **4** ans, la sériation chronologique et en taille commence à être maîtrisée entre **4** et **5** ans.

- **Autonomie** : l'enfant se déshabille vers **3** ans, s'habille seul vers **4 ans 1/2-5** ans, y compris les boutons. Le noeud de lacets est acquis vers **6-7** ans.

- **Affectivité-Intelligence** : c'est l'âge de la pensée préopératoire, caractérisée par :

La curiosité, l'âge du Pourquoi ? qui traduit plus une recherche de règles et d'affirmations que d'explications. Tout à une raison d'être, même artificielle, le hasard n'existe pas (finalisme).

La pensée magique et l'animisme : chaque chose est vivante et douée d'intention bonne ou mauvaise. Parallèlement, se développe le sens moral par intériorisation des interdits parentaux, apparition du "**surmoi**".

L'intuition : "c'est comme ça",

L'égoïsme : l'enfant n'est pas ouvert à la pensée des autres, les règles générales ne sont que les siennes propres.

Sur le plan affectif, c'est la période du complexe d'OEdipe. La découverte de la différence des sexes permet à l'enfant de se définir comme être sexué.

Le plaisir est associé à la stimulation de la zone sexuelle (masturbation), le conflit existe avec le parent du même sexe qu'il perçoit comme un rival dans l'amour pour le parent de sexe opposé. Le conflit oedipien engendre "l'angoisse de castration" : l'enfant imagine que la fille a été privée de pénis par punition venant du père, d'où le nom de stade Phallique donné à cette période.

1.4.3. Examen de l'enfant de 6 -10 ans :

L'évaluation de l'enfant plus âgé est plus difficile et requiert souvent la réalisation de tests standardisés qui ne peuvent être pratiqués que par des examinateurs entraînés (test de WPPSI, WISC, Benton...)

Une première approche, très comparable à celle de l'enfant de 3 à 6 ans, peut être effectuée. Le recueil des informations apportées par les réalisations scolaires est ici très important. Le comportement de l'enfant est évalué lors de la consultation mais aussi à la maison (d'après les parents), à l'école (d'après ses professeurs). L'enfant est maintenant capable de raisonnements logiques, il s'ouvre à l'extérieur : c'est l'âge de raison. Sur le plan affectif, les conflits antérieurs s'apaisent : C'est la phase de latence.

L'examen clinique neurologique somatique est proche de celui de l'adulte.

1.4.4. L'adolescence:

Ce processus de passage de l'enfance à l'âge adulte prend souvent l'aspect d'une crise aiguë, difficile mais maturante. Les transformations corporelles dotent l'adolescent d'un corps adulte, sexuellement compétent, d'où le nom de stade génital donné à cette période. La dissociation entre la maturité physiologique d'adulte et le statut social intermédiaire (il n'est plus un enfant mais pas encore un adulte) entraîne une réactivation de tous les conflits antérieurs et une fragilité à la dépression.

Le jeune doit définir **une nouvelle relation à soi-même** (narcissisme) pour apprivoiser ce corps transformé, **une nouvelle relation aux autres**:

- quitter le milieu familial réactive les angoisses d'abandon et les attitudes d'opposition aux parents. L'identification à un personnage extrafamilial comme un chanteur à la mode prend le relais de l'identification parentale.

- s'intégrer à la société ce qui passe souvent par l'intégration à un groupe de pairs (phénomène de bandes) pour s'autonomiser et se différencier du modèle social adulte, assumer son état d'homme ou de femme sexuellement mature en découvrant les émois amoureux.

Le mode de raisonnement évolue, il devient hypothético-déductif, capable de considérer le réel comme une facette du possible. L'adolescent recherche les règles universelles, est attiré par les

théories (parfois éloignées de la réalité), est capable de réintroduire les sentiments dans la pensée (d'où les passions irraisonnées aussi intenses que fugace). La logique ne s'applique pas seulement aux faits concrets mais aussi aux idées, aux notions abstraites (philosophie, éthique...). C'est la période des opérations formelles. Ce changement s'opère habituellement en classe de 4ème, au moment de la notion mathématique de variable et d'équations avec inconnues.

L'examen neurologique somatique est comparable à celui de l'adulte.

1.5. Conduite à tenir lors de la constatation d'un retard du développement psychomoteur:

Trois questions essentielles doivent être analysées devant la constatation d'un retard psychomoteur.

1.5.1. Le retard est-il certain ?

Soit le retard est majeur, et il est aisé de l'affirmer.

Soit le retard est modéré ou l'enfant très jeune. Il est alors nécessaire de revoir l'enfant un à deux mois plus tard avant de conclure qu'il existe un retard psychomoteur. Après ce deuxième examen, le retard de l'enfant sera abordé et analysé avec ses parents.

1.5.2. Le retard est-il homogène ?

Le plus souvent, l'enfant présente un retard homogène dans toutes les rubriques du test (motricité globale, motricité fine, langage, contact social).

Parfois, il existe un retard hétérogène. L'enfant échoue exclusivement certaines épreuves du test, par exemple :

- Un retard moteur isolé évoque une pathologie musculaire, du nerf périphérique, ou plus rarement de la corne antérieure.
- Un retard isolé de langage doit faire rechercher une surdité. Un audiogramme et, éventuellement un test des potentiels évoqués auditifs, doivent être effectués si l'enfant n'a pas acquis le langage à l'âge de trois ans.

- Une grande dispersion dans les acquis de l'enfant, souvent associée à des difficultés comportementales évoque un trouble de la personnalité.
- Une mauvaise manipulation des objets, parfois associée à des mouvements anormaux des yeux doit faire rechercher un trouble grave de la vision.

1.5.3. Le retard est-il nouveau ?

Il s'agit de la question la plus difficile mais aussi de la plus importante. Elle nécessite un interrogatoire très précis des parents, en s'aidant des repères de développement notés sur le carnet de santé (les examens systématiques doivent être remplis avec objectivité et sans complaisance). Le plus souvent, le retard est ancien. L'enfant fait des acquisitions lentes mais régulières évoquant une pathologie fixée. L'existence d'une période de parfaite normalité (notion d'intervalle libre) précédant l'apparition des troubles évoque une pathologie évolutive. Cependant, les pièges sont nombreux. Par exemple, une encéphalopathie fixée modérée peut se compliquer secondairement d'une épilepsie et peut ainsi être prise pour une pathologie évolutive. De même, certaines pathologies évolutives ont un intervalle libre extrêmement bref, difficile à repérer.

Conclusion

L'appréciation du niveau de développement psychomoteur de l'enfant est relativement aisé si le médecin en prend l'habitude, c'est-à-dire s'il le fait de façon très systématique. Le résultat de cette approche clinique est important puisqu'il permet des actions d'aide à l'enfant handicapé.

Sous chapitre 2 : Les carences affectives : L'hospitalisme

L'hospitalisme est un trouble mental qui peut toucher à la fois l'enfant et le vieillard. Il est provoqué par un placement prolongé en institution tel qu'en hôpital, en crèche, ou encore en centre de cure. Pour les enfants, il est essentiellement dû à la séparation d'avec leur mère. Pour les vieillards, la cause essentielle est le changement d'environnement et d'habitudes.

Le nourrisson va avoir différentes façons d'exprimer un vécu dépressif. Parmi ces troubles (non spécifiques de la dépression), on distinguera :

Des expressions somatiques:

- Anorexie

- Tristesse
- insomnie
- Agitation
- Mérycisme
- Asthénie
- Arrêt ou retard de croissance,
- Difficultés scolaires.

1 Anorexie: trouble du comportement alimentaire se manifestant par une diminution de l'appétit, voire par une perte totale d'appétit. Il s'agit d'un comportement de restriction alimentaire volontaire d'origine psychologique dont les causes sont difficiles à expliquer.

2 Mérycisme: comportement pathologique de rumination d'aliments d'abord déglutis puis régurgités et mastiqués sans arrêt.

3 Asthénie: affaiblissement général de l'organisme se traduisant par un état de fatigue et pouvant entraîner des insuffisances fonctionnelles multiples.

Des expressions comportementales, comme un changement de comportement chez le nourrisson, avec désintérêt progressif pour la relation, pour les activités, pour les jeux

Le retard de développement psychomoteur, langagier qui survient après quelques semaines Il n'est pas rare d'observer plusieurs signes chez le même enfant, l'hospitalisme, appelé également arriération affective, favorise l'apparition de névroses (affection nerveuse se traduisant par des conflits psychiques et des troubles du comportement, mais altérant peu la personnalité du sujet) et de psychoses (maladie mentale dont le sujet n'est pas conscient et qui se caractérise par la perte du contact avec le réel associée à une altération de la personnalité). Ce trouble mental existe aussi chez la personne âgée et est appelé syndrome de glissement⁴.

Pour réaliser un développement affectif harmonieux, le nourrisson doit pouvoir bénéficier, à travers les échanges avec sa mère ou tout adulte prenant soin de lui :

Une plénitude des apports affectifs,

Une souplesse d'adaptation à ses besoins,

Une stabilité de la relation (**Kreisler, 1987**).

4 Syndrome de glissement: détérioration rapide de l'état général déclenchée par une affection aigue qui, en l'absence de prise en charge thérapeutique adaptée, évolue vers la mort en quelques jours, un mois maximum, dans un tableau de défaillance multiviscérale et de dépression sévère.

2. 1. Carence affective: Eléments centraux d'une définition

On désigne par carence affective ou carence en soins maternels, une insuffisance quantitative ou qualitative d'interactions entre l'enfant et sa mère. Cette carence peut apparaître dans ces différentes situations :

La mère est absente : il s'agit de nourrissons qui vivent dans une institution (pouponnière, hôpital) où ils ne trouvent pas de substitut maternel adéquat, et qui reçoivent un maternage insuffisant. On aura ici une **carence sévère**, qui peut devenir psychopathogène et génératrice d'inaffectivité si elle se fait tôt dans la vie de l'enfant (avant deux ans) et si elle dure longtemps. Le nourrisson est séparé de façon itérative de la mère. Il va souffrir de cette discontinuité des soins (Ex : hospitalisations répétées du bébé ou de sa mère, placements répétés) on parlera ici de **carence larvée**.

Le nourrisson vit avec sa mère qui est en difficulté pour lui fournir un maternage adéquat.

Les mères déprimées : la dépression maternelle représente l'étiologie la plus fréquente. Ces enfants sont soumis à un changement plus ou moins brutal dans la disponibilité affective de la mère. Dans certains cas, le tableau dépressif est manifeste, dans d'autres cas il s'agira d'un tableau beaucoup plus latent, masqué, la jeune mère se plaignant d'asthénie, de plaintes somatiques, mais continuant de s'occuper de son foyer. Il s'agira souvent de mères endeuillées ou déçues dans leur vie affective, familiale et sociale.

Les familles dans lesquelles le couple parental est en souffrance, aux prises avec un comportement marqué par la violence, l'incohérence.

Les maladies congénitales ou acquises chez les bébés, peuvent être également des occasions, pour plusieurs motifs, de voir se développer une dépression chez le bébé. Il s'agira en effet de

situations entraînant des séparations (hospitalisations) et une difficulté dans l'investissement affectif de l'enfant par ses parents.

La carence peut donc être aussi bien extra-familiale qu'intra-familiale, comme le montrent les quatre dernières situations.

La dépression peut être considérée comme une réponse émotionnelle déclenchée par des expériences de manque ou de perte d'un lien affectif privilégié. Il peut s'agir de pertes réelles, prolongées ou définitives (décès, placements), de séparations temporaires, de séparations répétées ou de pertes fantasmatiques, à savoir le sentiment de « ne plus être aimé » sans événement dans la réalité.

Cette réponse émotionnelle est marquée par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation face à une souffrance psychique liée précisément à une perte, à un manque, perte de l'objet aimé mais aussi perte de l'état affectif de bien-être qui lui est étroitement attaché. « Ce que tout jeune enfant sent, c'est qu'il a perdu sa mère ; ce qu'il a réellement perdu, ce n'est pas uniquement la mère, mais aussi le bien-être impliqué dans leurs relations » (P. Mazet 2000).

Le bébé va dès lors manifester une altération de « l'appétit pour la vie ». En dehors d'une prise en charge adéquate, ceci aura de graves répercussions sur son développement global.

2.1.1. Processus d'adaptation:

Robertson a décrit un processus d' "adaptation" de l'enfant au milieu hospitalier en trois phases :

La protestation. Première étape observée lorsque l'enfant est admis à l'hôpital. Elle peut durer de quelques heures à quelques jours. L'enfant, abandonné, effrayé par ce milieu inconnu, cherche en hurlant à faire revenir sa mère, c'est une technique dont il a compris l'utilité: faire revenir sa mère quand celle-ci n'est plus à portée de vue. Il crie, secoue son lit, s'agite et tressaille au moindre bruit lui faisant espérer le retour de sa mère. Il repousse les infirmières qui essaient de le consoler.

Le désespoir. L'enfant est dérouter: il a toujours besoin de sa mère mais se décourage devant l'inefficacité de ses appels. Il pleure souvent mais de façon monotone et intermittente. Il reste apathique dans son lit, il se renferme sur lui même, c'est le stade qualifié "tranquille" (repliement, inactivité, profonde tristesse) qui est souvent interprété, par erreur, comme une diminution de la détresse et une adaptation au milieu. L'enfant n'exprime aucune demande à l'environnement et relâche ses efforts de reconquête de la mère qu'il semble tenir comme disparue pour toujours. C'est ce stade qui est à l'origine des nombreuses controverses sur les avantages ou les inconvénients des visites :

l'enfant était calme jusqu'à la visite de sa mère dont le départ l'a de nouveau fait hurler, il ne faut cependant pas interdire les visites de la mère, ce ne serait être la solution.

Détachement ou refus. C'est la 3^o phase où l'enfant a vraiment l'air de s'adapter. Il accepte les soins, s'intéresse à ce qui l'entoure, à la nourriture, aux jouets etc. Le personnel peut avoir l'impression que l'enfant devient heureux. Ne pouvant supporter l'intensité de cette détresse, l'enfant s'accommode progressivement de la situation et réprime ses sentiments pour sa mère qui n'a pas su voir ses besoins. Lorsqu'elle vient aux visites, il la regarde à peine et semble s'en désintéresser totalement lorsqu'elle repart. C'est une situation calme mais comme l'écrit Robertson, "c'est sûrement une chose déconcertante qu'un enfant aussi jeune puisse sembler avoir perdu tout amour pour sa mère et son attachement à elle".

À la fin de cette période de séparation, l'enfant peut présenter des réactions au domicile de ses parents telles que troubles du sommeil, refus alimentaire, énurésie, tics, dépression, mutisme, attachement excessif à la mère ou au contraire un apparent détachement. Les parents doivent être prévenus de la possibilité de ces troubles afin de pouvoir les prendre en charge le mieux possible.

2.2. Conséquences d'une carence affective.

Les effets de la séparation varient selon la phase de la réaction à la séparation dans laquelle le sujet se trouve et qui dépend à son tour de facteurs tels que l'âge au moment de la séparation, la durée de la séparation, l'existence d'un substitut maternel pendant la séparation, le maintien de contacts avec les parents et la qualité de l'adaptation et des relations avant l'épisode de séparation. L'hospitalisme est une pathologie qui se soigne, mais un enfant qui a subi un grave traumatisme dans sa petite enfance, des abandons successifs, une perte totale de repères, et ce d'autant plus jeune et d'autant plus longtemps, peut présenter des carences irréversibles.

2.2.1. Processus affectés par la carence:

La carence des soins maternels retentit différemment sur différents processus. Les plus vulnérables semblent être:

certain **processus intellectuels**, et en particulier l'acquisition du langage et la facilité d'abstraction; divers **aspects de la personnalité**, tout spécialement l'aptitude à nouer et entretenir des relations interpersonnelles profondes et significatives (développement des réactions sociales), mais aussi l'aptitude à maîtriser ses impulsions au profit d'objectifs à long terme.

Spitz a décrit en 1945 **l'hospitalisme**, terme caractérisant l'état d'enfants souffrant de carences affectives massives et prolongées.

Ce syndrome se traduit par:

un retard du développement psychomoteur plus ou moins réversible; des troubles du comportement allant de troubles simples de l'humeur à un repliement autistique; une fragilité physique, ces enfants étant plus souvent atteints d'infections banales.

Un appauvrissement intellectuel et linguistique. On peut voir des retards mentaux d'origine affective. Un sentiment d'insécurité avec dévalorisation, angoisse d'abandon, donnant lieu à des attitudes de revendication affective maladroites.

Une répétition de la carence affective à la génération suivante, par défaut d'intériorisation d'une image parentale disponible sur le plan affectif.

La dépression anaclitique survient lorsque l'enfant est mis en état de frustration après avoir vécu une bonne relation avec sa mère. La première description chez le nourrisson a été faite par Spitz en 1946 : c'est la dépression anaclitique (anaclitique : qui se repose sur quelqu'un ou sur quelque chose qui en dépend ; se dit en particulier du jeune enfant dépendant des soins maternels). Ce tableau clinique est rare de nos jours, mais il peut toujours resurgir si l'on n'y prête garde. La symptomatologie est comparable à celle des dépressions de l'adulte, son évolution peut être favorable si l'enfant retrouve de bonnes relations dans un délai de trois à cinq mois. Dans le cas contraire, le pronostic rejoint celui de l'hospitalisme, avec en particulier le risque d'une détérioration intellectuelle (évolution vers un état de marasme de plus en plus inquiétant, tant sur le plan physique que psychique).

Le ralentissement progressif du développement général dont s'accompagne une carence prolongée peut être arrêté ou même inversé s'il est mis fin à la situation frustrante au cours des deux premières années de vie, et en particulier dans les douze premiers mois.

Les enfants élevés en institution sont néanmoins toujours inférieurs aux enfants du même âge en ce qui concerne l'intelligence générale, la mémoire visuelle, la conceptualisation, la fonction verbale et l'adaptation scolaire.

2.2.2. Facteurs influant sur l'étendue du dommage causé par une séparation:

Âge de la séparation: une séparation avant l'âge de 2 ans entraîne plus de séquelles. Le décès de la mère avant l'âge de 5 ans a des répercussions psychologiques graves.

Placement prolongé en institution : l'impossibilité de nouer des relations suffisantes avec une figure parentale et le sentiment de rejet par les parents compromettent sérieusement l'apparition de réponses favorables vis à vis de nouvelles figures parentales.

Existence ou non d'un lien mère-enfant déjà établi avant la séparation : le retard est moins facilement réversible si ce lien existait et était de bonne qualité.

2. 3. Mesures préventives et curatives:

L'abord de la dépression du nourrisson est transdisciplinaire. Selon le contexte de survenue, selon la gravité, différents spécialistes seront concernés pour organiser l'environnement de la vie de l'enfant, les stimulations, l'approche relationnelle.

Les séjours hospitaliers peuvent être améliorés par: l'aménagement de toutes les situations de séparation mère – enfant ; les visites des parents; la création de chambres mère-enfant permet le séjour de la mère à l'hôpital; la présence de la mère aux moments les plus pénibles de l'hospitalisation. l'accompagnement psychologique spécialisé de l'enfant et de ses parents, dans les situations de carence ou de distorsion affective ; la détection de la dépression maternelle ou de toute autre psychopathologie rendant la mère moins disponible aux besoins affectifs de son bébé.

Les effets de la séparation peuvent être atténués par la préparation psychologique de l'enfant, qui doit recevoir par le médecin (et non ses parents initialement) des informations claires, simples et corrélées à son développement général sur les raisons de son hospitalisation.

Chez le nourrisson, ces informations sont reçues par la mère, leurs effets (anxiété, dépression,...) sont alors perçus par l'enfant à travers elle.

Si la présence de la mère durant l'hospitalisation est souhaitable, elle peut modifier le comportement de l'équipe soignante, voire même devenir pesante (mère opposante, Contrôlante, etc...)

2.4. Syndrome d'hospitalisme (Spitz).

2.4.1. René Arped Spitz :

Son approche est originale puisqu'elle associe les concepts psychanalytiques et les méthodes traditionnelles d'investigation psychologique et d'observation directe du nouveau-né en situation, avec et sans sa mère (utilisation du film, constitution de baby-tests et méthodes longitudinale et transversale). Cette méthode, en elle-même originale, utilisera la psychologie Américaine du comportement ("Béhaviorisme")

Portant sur plusieurs centaines d'enfants de races blanche, noire et indienne, et venant de différents milieux socio - économiques, cette méthode infirmera ou confirmera ses hypothèses fondées sur les états.

Ses travaux n'auront pas un but uniquement thérapeutique, mais aussi préventif.

Ses observations cliniques doivent fournir des indications pour les parents, les pédagogues, les éducateurs... Il passera son temps à attirer l'attention de l'éducation nationale, des pédiatres, des instituteurs sur les besoins affectifs du jeune enfant.

« René A. Spitz (1887-1974) a réalisé un travail systématique de recherche sur le développement de l'enfant. Il s'est attaché à montrer à partir d'observations directes la pertinence de certains concepts psychanalytiques. Son analyse porte sur la description de l'organisation des rapports que l'enfant établit avec les objets, notamment avec sa mère. Selon Spitz, le bébé est au départ dans une situation d'indifférenciation (c'est-à-dire qu'il n'a aucune capacité de perception, de représentation et de volition), il est dans l'incapacité de pourvoir à sa survie par ses propres moyens et ne se dégage de cette totale dépendance qu'au cours du développement. Contrairement à la théorie de Klein, on ne peut donc parler ici ni de moi ni de surmoi chez le très jeune bébé. Le moi s'organise seulement après le troisième mois, tout en possédant néanmoins des précurseurs. Spitz estime en effet que « [...] le passage du somatique au psychologique est continu et que par conséquent les prototypes des noyaux du ,moi psychique doivent être cherchés dans les fonctions physiologiques et le comportement somatique ». Dans le domaine de la psychopathologie de l'enfant, et plus spécifiquement des conséquences des privations, Spitz a été à ; l'origine de la découverte des phénomènes d'hospitalisme et de dépression anaclitique. »

2.4.2. Ses théories:

Ses recherches ont porté sur la naissance de la vie psychique chez le nourrisson.

Les stades de développement psychique décrits par Spitz sont assez proches de ceux de Piaget concernant la genèse de l'intelligence. Ses travaux réconcilient, pour un temps, psychanalyse et

psychologie expérimentale. Seul l'âge d'apparition de ces stades selon les deux auteurs a été remis en cause par les recherches modernes. Convaincu de l'influence prépondérante de l'environnement sur la croissance de l'enfant, Spitz a étudié les nourrissons placés en institution et a comparé deux milieux différents. L'un était une crèche pénitentiaire où des mères emprisonnées s'occupaient de leur bébé. Le deuxième était une pouponnière où les enfants, séparés de leurs mères, bénéficiaient de l'hygiène, de la diététique et des soins médicaux assurés par un personnel qualifié. Spitz fut le premier étonné des résultats. Le développement et la santé des nourrissons "de prison" étaient de loin meilleurs que ceux de la pouponnière, surtout lorsque ces derniers avaient vécu quelques mois avec leur mère avant le placement. Ces enfants dépérissaient sur les plans physique et intellectuel dans le cadre d'un véritable syndrome dépressif. Cet état, nommé "**hospitalisme**" est dû à la séparation précoce d'avec la mère et à son non remplacement par un "substitut" convenable. En effet, si les besoins corporels des bébés étaient satisfaits, le personnel, trop peu nombreux, ne pouvait combler leurs désirs affectifs et sociaux.

« Deux types de processus interviennent dans la croissance de l'enfant: les processus de maturation, qui s'inscrivent dans le patrimoine héréditaire de l'individu et ne sont pas soumis à l'environnement, et les processus de développement, dépendants de l'évolution des relations objectales et de l'apport de l'entourage. La maturation est définie comme Spitz comme **«...l'épanouissement de fonctions, organes, conduites, phylogénétiquement acquis, par conséquent innés, propres à l'espèce, qui émergent au cours du développement embryonnaire, ou qui sont maintenus en tant qu' Anlagen [étayage] après la naissance, pour se manifester dans les étapes ultérieures de la vie... »**. [... le développement, quant à lui est] l'apparition de formes, de fonctions et de conduites qui sont le résultat d'un échange entre l'organisme d'une part, et l'environnement, l'entourage, le milieu intérieur et extérieur d'autre part ».

On notera la proximité entre ces définitions et les présupposés du courant psychanalytique de la psychologie de l'Ego, du point de vue d'une conception biologique du fonctionnement mental qui considère le développement comme une différenciation des systèmes organiques d'intégration et d'adaptation des comportements pulsionnels. La finalité du développement est donc ici l'adaptation externe et la synthèse interne. Selon Spitz, la vie relationnelle du fœtus est purement parasitaire et le nouveau-né se trouve initialement dans un état d'anobjectalité. L'évolution psychologique est alors marquée par l'existence d'organiseurs. »

La théorie de Spitz décrit la succession des stades aboutissant à la constitution d'une représentation unifiée de l'objet, de l'anobjectalité à la symbolisation. Spitz montrait ainsi l'importance des relations intersubjectives initiales dans le développement du sujet. À partir de ces observations,

les travaux de Spitz portèrent sur la "**construction du lien objectal**". Le **stade pré-objectal** du nouveau-né correspond au stade narcissique primaire de Freud. Le nouveau né vit dans un état fusionnel. Sa vie est végétative. Il ne différencie pas le milieu extérieur qui l'entoure de sa propre personne. Il ne distingue pas les sons qu'il produit de ceux qu'il entend du dehors. Cette perception confuse, non distincte des différents éléments environnants est appelée "synchrétique". Il n'établit une distinction que vers 3 mois grâce à la maturation de son système nerveux et de ses organes perceptifs. C'est en effet à cet âge qu'il prend plaisir à gazouiller car il se rend compte qu'il a un pouvoir sur les sons qu'il émet, contrairement à ceux qui proviennent de l'extérieur. Le bébé ne perçoit le monde que de façon discontinue quand il est calme et motivé. C'est ainsi par exemple que l'énerverment des cris de faim l'empêche de reconnaître le sein ou le biberon lorsqu'on le lui présente. De plus, le nourrisson ne reconnaît le signal de la nourriture que lorsqu'il a faim.

L'activité motrice est globale: ce sont les réflexes archaïques. Le rythme biologique est gouverné par l'alternance faim-sommeil. Il y a entre la mère dont il dépend entièrement et lui-même une unité circulaire faite d'échanges dans les deux sens, appelée "dyade" dans laquelle la vie profonde maternelle constitue l'élément dominant.

« **Le stade anobjectal** s'étend jusqu'à environ deux mois et correspond à une période d'indifférenciation entre le sujet et l'extérieur, entre le dedans et le dehors. Ce fonctionnement initial est caractérisé par un système de tension-absence de tension qui répond à un principe de constance. Les affects ne sont pas différenciés, le déplaisir étant le seul affect observable. Le plaisir n'apparaît donc pas, il existe seulement un état de réduction de tension que Spitz nomme la quiétude. Au début du deuxième mois, la perception de l'environnement se modifie, le nourrisson passe progressivement d'une perception par le contact à une perception à distance. Le bébé commence, selon Spitz, à percevoir visuellement une personne qui s'approche de lui, personne qui dès lors prend place dans son monde (il ne réagit toutefois à un stimulus extérieur que lorsque celui-ci entre en coincidence avec une sensation de faim).

Dans les deux ou trois semaines qui suivent, il devient capable, lorsqu'il perçoit un visage, d'en suivre les mouvements avec une attention soutenue alors qu'il ne réagit pas aux autres éléments de son environnement. Une trace s'inscrit alors dans le psychisme: « [...] **Au cours des six premières semaines, une trace mnémonique du visage humain s'imprime dans la mémoire du nourrisson en tant que premier signal de la présence de la personne qui gratifie ses besoins; l'enfant suivra tous les mouvements de ce signal avec les yeux** » (R. Spitz, De la naissance à la parole, Paris, PUF, 1968, p. 39). »

Le stade précurseur de l'objet ou réponse par le sourire correspond au stade anaclitique de Freud. L'apparition du sourire qui apparaît vers deux trois mois et d'une période de trois à six mois est le premier comportement actif, intentionnel du nourrisson. Après une période où le nouveau-né ne fait aucune distinction entre lui-même et son environnement, la réponse par le sourire, devant le visage de sa mère marque le début de la reconnaissance de cette mère comme objet de son amour et est le premier organisateur. Il est un indice d'une importante transformation psychique, il témoigne de l'établissement d'une relation pré objectale et de la mise en place des premiers rudiments du moi.

Pour qu'il y ait reconnaissance du visage humain, il faut qu'il y ait déplacement des investissements d'une trace mnémonique (représentation) à la perception, déplacement qui correspond à l'activité de la pensée. Le sourire marque la présence d'un moi en développement qui c'est distingué du ça. Il marqua aussi

Le début des relations sociales. Ce sourire volontaire, le bébé l'adresse au visage humain, à condition qu'il soit mobile et composé d'un front, de deux yeux et d'un nez. Le nourrisson sourit au visage de face vers 3 mois. L'enfant reconnaît le visage de sa mère entre 4 et 6 mois. Il y a la "bonne mère" et la "mauvaise mère". Le nourrisson les perçoit d'abord comme différentes avant de réaliser qu'il s'agit de la même personne. La "mauvaise mère" est celle qui refuse la satisfaction de ses désirs et envers laquelle il dirige son agressivité. La "bonne mère" est celle qui lui permet d'assouvir ses envies et à laquelle il montre son amour. Progressivement, les frustrations deviennent supportables parce qu'elles annoncent une satisfaction prochaine. Ce renoncement momentané au profit d'une satisfaction ultérieure est à l'origine du principe de réalité. La mère est donc le point de rencontre de sentiments opposés d'agressivité et d'amour de la part du nourrisson. Cette ambivalence est obligatoire et la mère qui essaierait d'éviter toute frustration à son enfant entraînerait un état de dépendance qui entraverait l'autonomie de ce dernier, en l'empêchant de prendre contact avec la réalité.

Le second organisateur correspond à la réaction d'angoisse devant le visage de l'étranger aussi connue sous le nom **d'angoisse du huitième mois**, il dure de six à dix mois. Cette angoisse du huitième mois ou "peur de l'étranger" prouve que l'enfant fait une différence entre ses proches et les autres. Sa mère est reconnue comme un objet entier et en dehors des périodes de besoin, il lui sourit même s'il n'a pas faim: la relation objectale s'est scindée de la finalité biologique. Apparaît alors la distinction entre les différents visages familiers et étrangers. Dans l'apparition de l'angoisse, Spitz distingue 3 étapes:

Le prototype physiologique des manifestations d'angoisse, simple état de tension, les réactions d'évitement, entre 4 et 6 mois, où l'enfant peut exprimer la peur dans une situation qu'il connaît déjà pour l'avoir vécue un certain nombre de fois et dont il a enregistré le caractère désagréable ou douloureux, l'angoisse du huitième mois, perception intrapsychique spécifique.

Cet organisateur est lui aussi un indice du progrès du développement cognitif, affectif et social. Elle est aussi l'indicateur d'une structuration du moi dont les limites deviennent plus précises d'avec le monde extérieur et ou du ça. Si les préoccupations de Spitz sont éloignées de celles de Klein ou même de Freud, on retrouve toutefois la même réalité: l'objet peut être perdu, et cette découverte confronte le bébé à l'angoisse ... celle ci marque donc un progrès.

L'apparition du non dans le courant de la seconde année, il constitue le troisième organisateur et implique par définition un niveau minimum dans la compétence du langage. Son premier "non" affirme son identité face à autrui.

Spitz souligne que le secouement de tête négatif est le premier mouvement sémantique du bébé. Il semblerait que ces gestes soient des imitations du comportement interdictif de la mère et d'une identification de celle-ci. En secouant la tête, l'enfant indique à l'entourage qu'il est capable de juger, de nier, d'exercer sa volonté, affirmant ainsi sa personnalité. Par le non, l'enfant acquiert son pouvoir de jugement et permet une meilleure distinction entre lui et l'objet maternel d'où une structuration plus précise des relations sociales. Le non permet aussi le passage au monde des symboles et signes le passage de l'action à l'abstraction. La perception du "Non" est l'étape suivante: dès que l'enfant sait marcher, il se trouve confronté à un grand nombre d'interdits et les "non" se multiplient. L'enfant se trouve alors dans une situation délicate: il est écartelé entre son désir et l'interdit frustrant, entre son amour pour sa mère et son agressivité. Il adopte une solution de compromis et s'identifie à l'agresseur. C'est l'âge du "non", lequel est support de l'agressivité.

Spitz décrit l'hospitalisme comme étant: « l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère, survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les 18 premiers mois de la vie ». Tandis que le Dr M. Lemay, psychiatre à l'hôpital Sainte Justine (Québec) préfère parler de dépression précoce : "L'enfant en situation d'abandon ralentit ses acquisitions développementales. Une indifférence progressive surgit avec altération de la communication, mouvements de balancement, chute des initiatives, signes de souffrance physique, alternance de phases d'agitation et de passivité." (L'Autisme aujourd'hui, Éditions Odile Jacob, 2004).

On s'est rendu compte que les enfants placés dans des conditions matérielles excellentes (alimentation, propreté, suivi médical) mais affectivement carencé se développent moins bien que des enfants qui ont des conditions matérielles moins bonnes mais qui ont un bon rapport affectif avec leur entourage.

Spitz s'est aperçu que des enfants subissant une hospitalisation prolongée et donc une séparation d'avec la mère, présentaient de nombreux troubles. L'ensemble de ces troubles s'appelle l'hospitalisme et se traduit par les symptômes qui suivent:

- Aspect malheureux,
- Enfant trop tranquille,
- Peu bruyant,
- Manque d'initiative.
- Passivité,

Ne répond pas aux stimulations extérieures (ne répond pas aux vocalises, aux sourires...), arrêt de l'alimentation, ne joue pas.

Ce syndrome peut se développer dans toutes les circonstances qui privent de façon durable l'enfant de la présence et de la tendresse quotidienne de sa mère. Il s'agit en fait d'une dépression du nourrisson.

Ce sont les séparations durables qui surviennent pendant les 3 premières années, et notamment du sixième au quinzième mois qui sont les plus graves. De trois à cinq ans, les symptômes peuvent encore apparaître. Passé les cinq ans, les troubles deviennent rares et moins graves. Il faut savoir que ce syndrome peut conduire à la mort du nourrisson. L'enfant séparé de sa mère, si personne ne peut la remplacer sur un plan affectif, vit cette séparation comme un véritable abandon. Si un nouveau lien de tendresse ne se crée pas, on peut observer un brusque arrêt du développement moteur et psychologique. Des enfants ayant été abandonnés à la naissance, puis ensuite placés dans différentes institutions, sans qu'il n'y ait aucun objet d'attachement stable, n'ont pas un développement intellectuel normal, et ont toujours des difficultés affectives et comportementales. Les troubles affectifs auront plus tard pour conséquence une incapacité à établir des relations sociales et affectives équilibrées.

Une expérience effectuée par l'empereur d'Allemagne Frédéric II au treizième siècle illustre l'hospitalisme. Pour essayer de découvrir quel pouvait être la langue maternelle innée de l'être humain, il eut l'idée de séparer de leur mère des enfants nouveau-nés, de les faire élever par des gardiens sourds et muets qui avaient comme consigne de ne donner aucune tendresse à ces bébés et de ne leur fournir que des soins d'hygiène et d'alimentation, mais les meilleurs possibles. Non seulement les bébés ne parlèrent aucune langue mais rapidement ils dépérèrent et moururent.

2.5. Apports d'autres auteurs.

2.5.1. La triade du syndrome dépressif de Kreisler

Dans tous les cas, l'évaluation d'un nourrisson présentant un ou plusieurs de ces symptômes doit aller à la recherche clinique minutieuse d'éléments évoquant la dépression :

L'atonie thymique : ces nourrissons frappent par un comportement d'indifférence, qui souvent succède à une phase de détresse et de protestation.

L'inertie motrice : il s'agit de bébés peu mobiles, ayant peu d'initiative et répondant peu aux sollicitations.

La pauvreté interactive, le repli : lorsqu'on observe ces bébés en situation d'interaction, on est frappé par l'extrême pauvreté de leurs initiatives et de leurs réponses. Ces bébés ont une pauvreté dans les échanges corporels et vocaux, le regard de l'enfant déprimé est fixe, sans clignement des paupières, très profond.

L'aspect particulier de ce regard contraste avec une mimique pauvre et une gestuelle lente.

2.5.2. Les conditions étiologiques de Bowlby

Après une séparation, même temporaire, avec la mère et son milieu familial habituel, le nourrisson à partir du deuxième semestre va manifester différentes réactions, qui se déroulent en trois phases bien décrites par Bowlby (1952) :

On observe d'abord une phase de détresse avec protestation, active et bruyante, agitation, cris, pleurs, refus de se laisser approcher. Cette phase correspond à l'expression de l'angoisse de séparation chez l'enfant.

Suit une phase de désespoir avec grand désarroi et retrait de l'enfant ; l'état dépressif s'installe (phase de repli).

Enfin, on observe une phase de détachement au cours de laquelle l'enfant accepte les soins de n'importe quel substitut maternel (atonie thymique).

Si la séparation est temporaire, au retour de la mère tout rentre dans l'ordre mais l'enfant peut garder une grande sensibilité aux séparations et aux menaces de séparation.

2.5.3. Boris Cyrulnik et Françoise Dolto

Pour Cyrulnik le principe de restauration énoncé par Spitz est souvent oublié : "Si on restitue la mère à son enfant, ou si on réussit à trouver un substitut acceptable pour le bébé, le trouble disparaît avec une rapidité surprenante". Selon Cyrulnik il serait faux de dire qu'« à 6 ans tout est joué ». De même ceux qui aujourd'hui donnent pour alibi à leurs troubles leur manque affectif lors de leur enfance ne sont qu'une minorité, les autres s'en étant sortis : l'espoir de guérison est donc plus que permis.

Françoise Dolto a également traité de « récupération positive des enfants maltraités ».

2.5.4. La théorie de l'attachement de Bowlby:

L'attachement est instinctif, il existe des systèmes comportementaux ayant pour but de réaliser la proximité avec la mère. C'est un besoin primaire de l'enfant, et est donc indépendant des soins apportés à l'enfant.

Par définition, c'est la construction des premiers liens entre l'enfant et la personne la plus proche de lui, qui répond à un besoin primaire (donc inné, non-dérivé d'un autre)

Les travaux des éthologistes ont été d'une grande aide dans la formalisation des théories de l'attachement.

Lorenz décrit le phénomène de **l'empreinte** dans les années 30 : dans les heures qui suivent la naissance du poussin, celui-ci se met à suivre ce qui bouge dans son environnement (champ de vision)

et s'y attache. L'empreinte est irréversible. Lorenz montrait comment un groupe de canards pour qui il avait assisté à l'éclosion, ne cessait de le suivre par la suite dans tous ces déplacements.

John Harlow, lui, étudie la théorie de l'attachement chez les primates, plus particulièrement les singes rhésus : dès le moindre danger, les petits s'agrippent à leur mère. Il remarque des lacunes dans les relations sociales si le singe a été isolé, et pas de développement social s'il a été isolé de 6 à 12 mois. Il isole des petits singes avec des mères artificielle (fil de fer, fausse fourrure, etc...). Sans exception, ils vont vers celles qui ont un contact doux, ils ne recherchent que le réconfort.

J. Bowlby : l'enfant ne peut pas s'agripper à sa mère, il y a donc d'autres systèmes comportementaux comme les pleurs, le sourire, la succion. Il suit la mère. Les pleurs sont des comportements de signal. Le sourire est un moyen de prolonger l'interaction avec la mère. Les buts sont d'accroître la proximité de la mère. Le sourire intervient très tôt, déjà au bout de quelques heures. Il est intéressant de signaler que des enfants nés aveugles sont capables de sourire. Le fait de sucer sans avoir faim est aussi une prolongation.

Au bout de 6 mois, l'enfant proteste si la mère est absente, c'est la première manifestation de cet attachement. L'enfant crée des liens avec d'autres personnes, mais généralement jamais aussi forts. Cela dure pendant toute l'enfance (la vie ?)

Il y a des styles différents d'attachements, et des pathologies différentes qui vont avec.

Bowlby a aussi étudié des enfants séparés de leur objet primal d'attachement.

Entre 1 et 3 ans, si l'enfant a créé des liens, par exemple avec la mère, et qu'on le sépare, il y a différentes réactions que l'on peut décrire en trois phases :

Phase de protestation : l'enfant pleure, exprime sa détresse, il est agressif et espère le retour, il refuse les contacts. Cela peut durer de 1 heure à une semaine

Phase de désespoir : l'enfant est moins actif, il pleure de façon intermittente et se replie sur lui (état de deuil), il est calme mais ne va pas mieux. Cette phase peut durer des semaines.

Phase de détachement, on a l'impression qu'il est guéri, il accepte le jeu, le réconfort des autres, il est souriant et sociable. Mais si sa mère revient, il ne manifeste aucun contentement, rejette sa mère. Si cette situation se répète (roulement), l'enfant devient incapable de s'attacher.

A partir de trois ans, il n'y a pas d'angoisse dans un lieu étranger s'il y a une personne que l'enfant connaît (c'est encore mieux s'il l'a vu avec sa mère). A partir de cette époque, l'enfant peut ne pas être inquiet s'il sait où est la mère, si elle lui a dit qu'elle reviendrait ou l'endroit où elle va.

Sous chapitre 3 : Essai de modélisation théorique :

Introduction:

Dès ses premiers balbutiements, que ce soit à l'aide de l'introspection, de l'observation ou d'autres techniques, la psychologie accorde une importance particulière au développement socio-affectif des enfants. Ainsi, plusieurs figures de proue, comme Wallon, Spitz, Erikson et Bowlby, diront que les fondements de la personnalité de l'adulte se construisent à partir de la sociabilité de l'enfant. Cette affirmation alimente encore la recherche en psychologie du développement dont l'un des objectifs est de mettre en lumière les agents du développement socio-affectif. Les chercheurs et les théoriciens tiennent spécialement compte de l'apport de la relation d'attachement en tant que facteur contribuant au développement des habiletés sociales et affectives des jeunes enfants. En effet, le premier lien que connaît l'enfant devient par la force des choses le premier modèle de ce qu'est une relation et de ce qu'il peut s'en attendre.

3.1. La théorie

Plusieurs approches en psychologie cherchent depuis longtemps à comprendre l'importance des premières relations affectives sur le développement socio-affectif (social = interactions sociales et affectif). À cet effet, Bowlby (1969, 1982), caractérise ce lien précoce par l'attachement et affirme qu'il repose sur des fondements biologiques. En outre, l'attachement jouit de propriétés motivationnelles (qui pousse à agir) comparables mais indépendantes de la satisfaction des besoins de boire, de manger ou des besoins sexuels (Bowlby, 1980). En fait c'est l'attachement qui a, en réalité, la fonction de fournir une base sécurisante à l'enfant. Cette façon de concevoir le lien unissant la mère et son nourrisson a changé considérablement le sens et la perception du rôle de la première relation affectueuse (Cummings, 1990).

3.1.1. Historique

Le cadre conceptuel de la théorie de l'attachement a commencé à prendre forme en 1948. Bowlby s'intéressait déjà à cette problématique mais c'est avec le soutien d'une subvention du Sir Halley Stuart Trust que Bowlby, aidé de Robertson, fait une enquête systématique sur l'ensemble de la problématique des effets de la séparation d'avec la mère pendant la petite enfance et de l'impact de celle-ci sur le développement ultérieur de l'enfant. Pour réaliser cet objectif, Bowlby et Robertson ont observé des enfants séjournant soit dans un hôpital soit dans une pouponnière. Ceux-ci étaient éloignés de leur parents pour une longue durée et n'avaient pas accès à un substitut maternel stable. Bowlby et Robertson ont observé que ces enfants (à partir de l'âge de six mois environ) vivaient de la détresse et que, plus le séjour s'allongeait, plus les troubles étaient considérables au retour dans le foyer d'origine. Ces troubles, étaient des réactions de protestation, de désespoir et de détachement. Ils en ont conclu que la perte de la figure maternelle pendant la période de la petite enfance est un événement déterminant dans l'établissement de la personnalité (Bowlby, 1969, 1973).

En 1950, l'ONU demande à Bowlby d'explorer la question de la santé mentale des enfants sans foyer. Bowlby conclut alors, qu'il est d'une part essentiel que les enfants aient accès à une relation chaleureuse, intime et continue avec leur mère ou avec un substitut maternel stable. D'autre part, il est aussi important que cette relation apporte de la satisfaction et de la joie pour la mère et l'enfant. Par conséquent, Bowlby considère que la perte de la figure maternelle est le principal agent pathogène (Bowlby, 1969).

Conséquences de la perte de la figure maternelle: 3 phases liés à la séparation

Deux observations communes aux deux recherches précédentes sont:

- 1) qu'il est important que les enfants aient accès à une figure maternelle stable;
- 2) qu'une séparation prolongée est un agent pathogène de premier ordre.

En outre, la séparation d'avec la figure maternelle engendre des réactions typiques qui dérivent de l'absence de la figure maternelle. Comme nous l'avons déjà mentionné, trois phases sont identifiables lors d'une séparation prolongée ou à de multiples séparations impliquant l'absence prolongée de la mère: la protestation, le désespoir et le détachement.

La première phase est la protestation. Habituellement, cette phase débute dès la séparation et peut se prolonger de quelques heures à plus d'une semaine. Au cours de cette phase, l'enfant manifeste vivement sa détresse et utilise toutes les ressources qui lui sont disponibles afin de retrouver sa figure d'attachement. Il pleure avec rage, se jette de tout côté, rejette l'aide extérieure qui s'offre à lui et est à l'écoute de tous les indices pouvant signifier le retour de sa mère.

La seconde phase, le désespoir, montre un enfant qui perd petit à petit espoir de retrouver sa figure maternelle. Ses pleurs sont monotones et intermittents et il devient retiré et inactif. C'est comme s'il vivait un deuil profond. Sa détresse est encore présente mais ne se manifeste pas activement comme à la phase précédente.

Enfin, la troisième phase consiste au détachement. Peu à peu, l'enfant semble réinvestir l'entourage. Il accepte l'aide d'autrui et se comporte bien socialement. En général, les personnes qui entourent l'enfant sont encouragées car ces signes semblent refléter la guérison. Toutefois, au retour de la mère, l'enfant ne montre aucun comportement caractéristique de l'attachement. Bien au contraire l'enfant se détourne de la mère sans en tenir compte (Bowlby, 1969, 1980). Ainsi, l'enfant détaché réagit comme si le maternage et le contact humain en général n'avait pas de sens pour lui. Enfin, l'enfant peut ne plus réagir à l'environnement, se centrer sur lui et démontrer une stabilité superficielle. Bref se détacher de la figure maternelle ou des gens.

Les phases de la séparation se divisent en trois moments: la protestation, le désespoir et le détachement.

Comportements, Signification

Protestation: l'enfant pleure, se jette par terre et est à l'écoute des indices annonciateurs de la mère,... l'enfant cherche à retrouver sa figure maternelle.

Désespoir: l'enfant pleure de manière monotone et intermittente, il se retire et est passif,... l'enfant réagit comme s'il vivait un deuil.

Détachement: l'enfant ne réagit plus à l'environnement, il se centre sur lui et démontre une stabilité superficielle,... perte du sens du maternage du contact humain. Cependant, la présence de fratrie ou d'un substitut maternel peut réduire avec efficacité l'intensité de sa réaction. Un environnement étranger, l'état de la mère et la qualité de la relation antérieure avec la mère sont d'autres variables qui jouent sur la réaction de l'enfant mais l'absence de la figure maternelle est de loin la principale variable. D'ailleurs, ce ne sont pas que les enfants dont la relation avec la mère n'étaient pas favorable qui éprouvent le plus de détresse lors de la séparation d'avec elle mais ceux dont la relation était préalablement affectueuse. En effet, plus l'enfant manifeste de l'émoi au cours de la séparation, plus cela signifie qu'il était attaché de manière sécurisée. En conclusion, pour Bowlby l'agent pathogène de premier ordre est intimement lié aux séparations d'avec la mère.

3.1.2. Les schèmes comportementaux:

Dans la vie quotidienne, de multiples séparations sont initiées parfois par la mère et parfois par l'enfant sans qu'aucune d'elles n'engendre de réactions majeures ou similaires à la dépression. Ces séparations, loin d'avoir la signification décrite précédemment, sont tout à fait normales et sont en plus importantes pour le développement de l'enfant. En effet, l'exploration et la recherche de proximité (l'attachement), les comportements liés et non liés aux soins maternels sont des schèmes comportementaux essentiels au développement de l'enfant.

Ainsi, Bowlby (1969) rapporte quatre schèmes comportementaux dont les fonctions sont la protection et l'adaptation de la progéniture. Ceux-ci sont les comportements d'attachement (implique des comportements de signalisation tels que les cris, les sourires, les vocalisations, les regards, l'action de suivre ou de s'approcher d'une personne significative, grimper sur elle, l'embrasser, la serrer dans ses bras) et les comportements d'exploration de l'enfant ainsi que les comportements de soins maternels et les comportements non liés aux soins, c'est-à-dire centrés sur d'autres composantes de la vie quotidienne de la mère.

Au cours du développement, les comportements d'exploration et d'attachement se succèdent. En effet, comme le fait remarquer Ainsworth (1967), dès qu'un enfant peut se traîner, il part en excursion (système de comportements d'exploration) s'éloignant parfois au-delà du regard de sa mère. Cependant, il revient de temps en temps afin de s'assurer qu'elle est encore présente et disponible (système de comportements d'attachement) d'autant plus que celle-ci peut être occupée à des tâches

autres que celles se rapportant aux soins de son enfant (système de comportements non liés aux soins maternels).

Le système de comportements d'exploration fait rapidement place au système d'attachement si un enfant est effrayé, s'il se fait mal ou si sa figure d'attachement s'éloigne (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969; Bretherton, 1985). Dans la même perspective, le système de comportements non liés aux soins maternels s'arrête si l'enfant s'éloigne à une certaine distance de sa mère ou si le temps passé hors de sa vue est long. Dans ce cas, la mère ira voir son enfant afin de s'assurer que tout va bien (système de comportements de soins maternels). Enfin, la protection, l'aide ou l'apaisement que procure idéalement la figure d'attachement à l'enfant permet de répondre favorablement à la fonction ultime des systèmes de comportements en cause, c'est-à-dire, de promouvoir la survie et la reproduction de l'espèce (Bowlby, 1969).

En résumé, c'est à travers les expériences de la vie quotidienne que le lien psychologique se forme entre la personne attachée et la figure d'attachement. Les systèmes de comportements d'attachement et de soins maternels favorisent la proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement. Les systèmes d'exploration et d'absence de soins maternelles favorisent globalement l'adaptation de l'enfant ou plus particulièrement, le développement de compétences diverses dont l'autonomie.

3.1.3. Modèle de représentations intériorisées:

À partir des expériences quotidiennes des soins maternels, d'exploration, de recherche de proximité ou d'absence de soins maternels, l'enfant se construit un modèle de représentations intériorisées (internal working models) de l'environnement, de sa figure d'attachement principale et de lui.

Un modèle de représentations intériorisées se construit à partir des interactions quotidiennes qu'un enfant entretient, d'abord avec sa mère, puis avec les autres personnes significatives qui gravitent autour de lui. Ainsi l'enfant se construit un modèle constitué de représentations internes de ce que sont:

- 1) les relations sociales en général;
- 2) de ce qu'il peut s'attendre d'un lien affectif particulier.

À cet effet, l'un des premiers liens affectifs particuliers dans la vie d'un nourrisson est celui l'unissant à sa mère.

3.1.4. Modèle de représentations intériorisées flexible et rigide

Idéalement, l'enfant se construit un modèle flexible et sécurisant qu'il généralise aux relations subséquentes. Un modèle de représentations intériorisées efficace permet au jeune enfant d'anticiper divers phénomènes et le protège des dangers susceptibles d'apparaître dans son environnement de même que dans les environnements nouveaux (Bowlby, 1969).

Mais, si, suite à des expériences déplaisantes répétées avec la figure ou les figures principales d'attachement, ce modèle devient insensible aux expériences changeantes ou inhabituelles, le comportement de l'enfant peut devenir rigide, inadéquat, voire pathologique (Bretherton, 1992; Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Crittenden, 1985).

Concrètement, si un jeune enfant vit du rejet de la part de sa figure d'attachement principale, il est probable qu'il se forme un modèle de représentations intériorisées de lui comme n'étant pas digne d'être aimé ou accepté et de son parent comme étant insensible, contrôlant, ridiculisant ou ignorant ses besoins (Bretherton, 1992; Bretherton et al., 1990). De là, les systèmes comportementaux de l'enfant qui se structurent avec le temps cherchent constamment à s'ajuster en fonction du fait qu'ils ne parviennent pas à obtenir la proximité ou la communication (avec la figure d'attachement) essentielle à la sécurité recherchée. En outre, le système de comportements d'attachement d'un enfant qui se conçoit comme indigne d'être aimé est constamment activé et cette utilisation répétée entraîne le développement d'un attachement anxieux. Certes, une telle organisation des comportements diminue la douleur reliée aux relations déformées (Crittenden, 1985). Toutefois, le patron défensif ainsi développé (utilisation régulière des comportements d'attachement) pourraient se transposer involontairement dans de nouvelles relations (Kreppner, 1992; Rutter & Garnezy, 1983) et devenir la base de comportements stéréotypés.

Donc, les théoriciens de l'attachement proposent un modèle aménagé sur des représentations intériorisées se fondant sur l'expérience passée avec ses figures d'attachement (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980). Prise ensemble ces représentations peuvent être conçues comme une idée représentative ou un modèle cognitif de la relation. Aspect de l'image de soi, espérance de comportements de la part des autres et impression émotionnelle implicite de la relation sont autant d'éléments qui font partie intégrante de ce modèle (Grusec & Lytton, 1988). Ce modèle est initialement développé lors des premières interactions mère-enfant et poursuit sa croissance à travers la perspective longitudinale, la croissance de l'enfant et l'acquisition d'expériences avec les figures d'attachement. Cependant, malgré l'addition de ces composantes, les modèles

ultérieurs restent dépendants du premier modèle de représentations de ce qu'est une relation et des premières structures cognitives s'y rattachant (Crittenden, 1985; Turner, 1991).

3.1.5. L'attachement sécurisé:

Avec ce qui vient d'être présenté, la définition d'un attachement sécurisant d'Ainsworth (1973) prend tout son sens. En effet, l'attachement sécurisé résulte de l'établissement d'un lien affectif spécifique qui se forme entre deux personnes (p. ex. mère-enfant). De plus, une personne peut être liée à plus d'une personne mais ne peut pas être attachée à plusieurs personnes spécifiques puisque ce lien l'engage dans le temps et dans l'espace et qu'il implique de l'affection. Bien que les sentiments peuvent être complexes et qu'ils peuvent varier de temps en temps, les sentiments positifs dominent, et impliquent de l'affection et de l'amour.

Globalement, l'état d'attachement est décrit comme un état général stable de l'organisme qui transcende le temps et l'espace. Cet état est implicite car il ne s'observe pas. En fait, ce qui s'observe se sont les comportements d'attachement dont nous avons parlé antérieurement. Ainsi, c'est à travers le processus de croissance que les comportements d'attachement s'occupent de promouvoir la proximité et de favoriser le contact entre la figure d'attachement et l'enfant (attachement). De plus, il facilite l'établissement d'un lien qui procure idéalement de la sécurité à l'enfant (Bowlby, 1980; Desbiens & Provost, 1990) de même que celui de promouvoir le développement de l'autonomie et des compétences (exploration).

3.2. Contribution de Mary S. Ainsworth:

La théorie de l'attachement ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui sans l'apport de Mary Ainsworth. En effet, les travaux d'Ainsworth ont permis d'aller plus loin en élaborant une procédure empirique (la situation étrange) permettant de mesurer les comportements d'attachement. Cette procédure expérimentale de quelques minutes consiste à faire subir à un enfant un léger stress comparable au stress quotidien. La réaction qu'il aura renseigne le chercheur sur la qualité de sa sécurité. L'un des indices les plus révélateurs de cette sécurité est l'accueil que fait l'enfant à sa figure maternelle (Desbiens & Provost, 1990). Par exemple, un enfant sécurisé, c'est-à-dire, un enfant pour qui le lien l'unissant à sa figure maternelle est ressenti sans menace, recherche activement un contact physique chaleureux au retour de sa mère.

3.3. Les profils d'attachement:

En somme, pour grandir en développant son plein potentiel, un enfant a besoin de la disponibilité de sa mère et de l'exploration de son environnement. Dans une perspective où la mère répond adéquatement aux besoins de son enfant, c'est-à-dire qu'elle est disponible, celui-ci développe un modèle de représentations intériorisées à partir duquel il développe le sentiment d'être compétent et aimable. Ainsi, la disponibilité physique et affective de la mère sous-tend le sentiment de sécurité de son enfant. D'ailleurs, les mères des enfants sécurisés (profil B, environ 65% des enfants) sont généralement tendres, attentives et manifestent de la sensibilité à l'égard de leur enfant (Crockenberg, 1981). Ce contexte, permet donc à ce dernier d'explorer son environnement dans des conditions favorables, d'autant plus qu'une relation sécurisante lui apporte le sentiment que sa figure d'attachement est disponible s'il a besoin d'elle. Ultérieurement, cette sécurité lui permet d'établir des relations sociales profitables. À l'opposé, les enfants anxieux ou insécurisés développent un modèle de représentations intériorisées qui n'est pas aussi efficace.

L'attachement insécurisé se divise en deux profils (A, environ 20% des enfants et C, environ 15% des enfants). Le premier, fait référence aux enfants anxieux (profil A, anxieux-évitant) qui sont évitants et qui ignorent la mère en période de stress ou lors de la réunion avec leur figure d'attachement suivant l'absence de celle-ci (Ainsworth et al. 1978; Greenberg, Cicchetti & Cumming, 1990). Ces enfants n'expriment pas nécessairement de la détresse lors de la séparation d'avec la mère mais ils démontrent en quelque sorte cette détresse par leur incapacité de se servir de la mère comme base de sécurité lorsqu'elle revient dans la pièce expérimentale. Les enfants anxieux ambivalent-résistant (profil C) vivent excessivement de détresse lorsqu'ils sont séparés de leur mère (Greenberg et al. 1990). Cependant, lors du retour de celle-ci ces enfants ne sont pas rassurés et manifestent une ambivalence entre l'expression de contrariété, de colère ou de résistance et l'expression de dépendance ou de comportements de maintien du contact (Cassidy & Berlin, 1994).

Le profil des mères préoccupées et de leurs enfants ambivalents-résistants

Les mères des enfants ambivalents-résistants sont inconsistantes. Elles sont définies par Cassidy et Berlin (1994) comme peu disponibles et peu sensibles vis-à-vis leur enfant. De plus, elles initient peu d'interactions avec leur enfant et acceptent peu les contacts qu'il veut initier.

Ce qui particularise ces mères, c'est qu'elles créent de l'interférence lorsque leur enfant tend à explorer. Cela, a pour effet que l'attention de l'enfant est dirigée de plus en plus vers la réalité ou l'environnement de la mère. Un tel contexte relationnel conduit l'enfant, incertain quant à la disponibilité réelle de sa mère, à être très dépendant d'elle. Cette incertitude le pousse à explorer de moins en moins son environnement ce qui réduit la croissance de son autonomie. D'ailleurs, les

mères des enfants ambivalents-résistants tendent à retirer leur affection ou à punir leurs enfants s'ils explorent ou s'ils détournent leur attention d'elles. Par conséquent, non seulement ces enfants sont peu attirés par les éléments nouveaux et les situations nouvelles de leurs environnements mais encore ils vont rarement vers les pairs et refusent même les offres d'interactions de ceux-ci. En somme, ces enfants se révèlent comme retirés, dépendants, passifs et inhibés socialement.

Ce profil comportemental résulte, selon Cassidy et Berlin (1994), du fait que ces mères soient davantage préoccupées par leur propre insécurité que par leur rôle de parent. La distorsion de l'environnement qu'elles transmettent à leurs enfants peut être une façon de rencontrer leurs propres besoins (p. ex. d'avoir quelqu'un près d'elles qui les sécurise) plutôt que ceux de leurs enfants (p. ex. d'être une base sécurisante). Dans cette perspective, les enfants des mères préoccupées ne développent pas leur plein potentiel puisqu'ils sont absorbés à répondre aux besoins de leurs mères. En fait, s'ils quittent leurs mères, celles-ci deviennent en contact avec leur propre insécurité. C'est pourquoi elles développent autant de stratégies pour contrôler les tentatives d'autonomie de leur enfant mais qu'elles sont en même temps incapables d'investir affectivement leurs enfants. En outre, l'anxiété qu'elles vivent les amènent à être centrées sur leurs besoins d'être sécurisées.

3.3.1. Examen critique de la théorie de l'attachement:

La théorie de l'attachement est un des aspects les plus étudiés de la psychologie d'aujourd'hui. Bowlby et Ainsworth l'attachement de modèles sont des références communes en théorie de l'attachement de recherche. L'attachement du nourrisson modèle explique le comportement de leur attachement envers la figure, au cours de la séparation et la réunion de fois. On estime que la saisie des comportements dans la petite enfance formés contribueront à façonner les gens ont des liens d'attachement que les adultes. Certains psychologues, comme les Harris et sur le terrain, en désaccord avec cette idée. Harris estime que trop d'accent sur la manière dont un enfant » s'avère" ne devrait pas être mis sur les parents. Harris disagrees with the nurture assumption as well Harris en désaccord avec l'hypothèse de nourrir ainsi. Les pairs ont beaucoup d'influence sur la personnalité de l'enfant, tout comme l'environnement de l'enfant fait. Champ critique également la saisie, car le modèle estime qu'il ya de nombreuses limites à elle.

Il existe différents points de vue sur théorie de l'attachement. La première et la plus connue vue sur la théorie de l'attachement est celle de J. Bowlby, qui est connu comme le père de la théorie de l'attachement. Il a estimé que l'attachement commence à la petite enfance et se poursuit tout au long de la vie et il existe plusieurs systèmes de contrôle du comportement inné qui sont nécessaires à la survie et de procréation. L'attachement et l'exploration des systèmes sont au cœur de sa théorie de

l'attachement (Elliot & Reis, 2003). Un bébé va d'abord créer un attachement avec son principal fournisseur de soins, qui sera le nouveau-né de la base de l'exploration. Il s'agit d'un comportement inné du bébé de vouloir explorer de nouvelles choses, mais quand un enfant atteint loin pour explorer et devient, en danger ou de peur, le principal fournisseur de soins sera de garantir la protection de sa base. Bowlby a établi le fondement de la théorie de l'attachement Ainsworth. À l'instar de Bowlby, Ainsworth a également estimé dans les systèmes de contrôle, mais est allé plus loin avec l'étrange situation, qui se divise en trois attachement types: sûr, l'évitement, et résistant. La sécurité, c'est quand un type infantile vise la protection ou le confort de leur mère et reçoit des soins cohérents. La mère est généralement considérée comme d'amour et d'affection. Le type de l'évitement, c'est quand l'enfant a tendance à s'éloigner de leur mère ou de l'ignorer elle. La mère est généralement considérée comme le rejet de l'enfant de l'attachement du comportement. Le type est résistant lorsque l'enfant a tendance à rester près de leur mère.. La mère est généralement évalué comme étant contraire à leur charge (Fraley et Spieker, 2003). L'étrange situation est devenue pratique courante dans la psychologie d'aujourd'hui.

Un nouveau-né a immédiatement besoin de quelqu'un pour prendre soin de lui. Cette personne peu être un parent, un frère ou une sœur ou une gardienne d'enfants, mais qui il est, il sera créé un lien entre eux.. Bowlby et Ainsworth deux estimé que cette soins primaires est celui qui forme le plus la personnalité de l'enfant et de caractère.. Le principal fournisseur de soins est généralement la mère et des liens solides se forment dans les minutes de l'accouchement. Il est important pour les nouveaux parents et l'enfant d'être seul ensemble, juste après la naissance d'établir un lien solide. S'il y a trop de personnes dans la salle juste après la naissance, le processus naturel de la pièce jointe peut être perturbée et cela peut avoir des effets à long terme sur la relation entre l'enfant et les parents (Klaus, Kennell, et Klaus, 1995).

La mère a automatiquement une sorte de lien avec l'enfant parce qu'elle l'a porté pendant 9 mois, mais les premiers contacts sont importants dans la formation de liens solides entre eux. Une étude réalisée par Klaus et ses collègues, montre que les enfants dont les mères ont un supplément de cinq heures d'une journée de contact pour les trois premiers jours de vie ont nettement des QI plus élevés. Ces enfants obtiennent de meilleurs résultats sur les tests de langue et de compréhension que les enfants dont les mères n'ont pas un délai supplémentaire. Ces mères montrent de plus apaisants comportements envers leurs enfants, plus le contact visuel avec l'enfant et a plus de contacts physiques (tel que cité dans Trowell, 1982). Une autre étude menée par O'Connor et ses associés concernés 301 à faible revenu des mères. Pour les deux premiers jours de vie, la lutte contre les mères avaient seulement trente minutes de contact avec leur enfant toutes les quatre heures de l'alimentation,

tandis que les autres mères ont eu un délai supplémentaire de six heures par jour avec leurs enfants. La surveillance a montré que le contrôle de beaucoup plus d'enfants ont été admis à l'hôpital pour des choses telles que l'abus et la négligence (tel que cité dans Trowell, 1982).

La mère et l'enfant ont un lien automatique, mais le père doit établir une obligation après la naissance de l'enfant. Il est très important pour le père participe à la remise de l'enfant et d'être à la disposition de l'enfant dans le cas où la mère ne peut pas tenir l'enfant tout de suite en raison d'autres circonstances. Des études ont montré que les pères qui ont rapidement contact avec leur enfant ont un attachement plus fort avec eux dans le mois suivant la naissance. L'attachement entre le père et l'enfant est présenté par le contact physique et en le maintenant à l'enfant, elles doivent faire face les uns des autres (Klaus, Kennell, et Klaus, 1995). L'interactions entre la mère et l'enfant et le père et l'enfant sont également très différentes. Lorsque les interactions mère-enfant sont respectées, la mère est considérée comme une source d'éducation et d'affection envers l'enfant. Les pères ont une relation physique avec l'enfant. La mère a par contre relation plus verbale.

Il a été dit que les liens parent-enfant sont les plus importants dans la formation de la personnalité de l'enfant. Les bébés sont programmés à la naissance d'être intéressés par le monde social qui les entoure. Il est supposé qu'ils apprennent beaucoup sur le monde grâce à leurs aidants et leurs soignants doivent donc avoir beaucoup d'influence sur leur personnalité et leur sens des autres.

3.2.2. Pertinence de la théorie de Bowlby

L'idée principale de la théorie de Bowlby sur l'attachement peut être résumé par le texte suivant: «... l'observation de la façon dont un enfant très jeune se comporte envers sa mère, à la fois en sa présence et en particulier en son absence, peut grandement contribuer à notre compréhension du développement de la personnalité. Pour l'enlèvement de la mère par des étrangers, les jeunes enfants réagissent généralement avec une grande intensité, et après la réunion avec elle, l'anxiété ou inhabituel détachement » (Bowlby, 1969, p. 3). This idea, however, has several limitations. Cette idée, en revanche, a plusieurs limites.

La première limite est que ce «modèle de saisie est basée sur les comportements qui se produisent pendant des séparations momentanées (les situations de stress), plutôt que lors de situations non stressantes. Une meilleure compréhension de l'attachement nécessite l'observation de la façon dont la mère et l'enfant s'interagissent et de ce qu'ils prévoient l'un pour l'autre au cours de contact physique » (Field, 1996, p. 543).

Un autre problème avec le modèle de l'attachement est que "la liste des comportements d'attachement est limitée à ceux qui se produisent avec le premier objet de fixation, généralement la mère. Toutefois, d'autres objets ne sont pas nécessairement caractérisés par les mêmes comportements» (Field, 1996, p. 544). Les enfants ont des relations avec d'autres personnes autres que leurs mères, mais elles ne montrent pas cet attachement de la même façon.

En outre, le modèle de comportement de la liste de saisie ne comporte que des comportements flagrants, mais il y a des changements physiologiques au cours des séparations et des retrouvailles.

Les dernières restrictions à la pertinence de ce modèle est que la mère est considérée comme la principale figure de saisie, quand en fait, un père, un frère ou une sœur peut avoir le même type d'attachement avec l'enfant en même temps. Cela se rapporte à des adultes ayant plus d'une première saisie, comme à leur conjoint et leurs enfants. Cela conduit à la limitation dans le dernier modèle de la pièce jointe que «l'attachement est limitée à la petite enfance et de la petite enfance période, se terminant, comme l'a noté Bowlby, pendant la puberté. Il ne considère pas les pièces jointes qui se produisent pendant l'adolescence (le premier amour), à l'âge adulte (conjointes et les amateurs), et plus tard au cours de la vie (les forts attachements noté entre amis à la retraite) » (Field, 1996, p. 545).

Après examen de ces limitations, Field (1996) est venu avec son propre modèle de fixation tel que décrit ici:

Un modèle parcimonieux de l'attachement aurait besoin pour tenir compte de plusieurs pièces jointes à une variété de figures à différents stades de la vie. Nous avons utilisé une approche plus psychobiologique dans l'élaboration d'un modèle qui se concentre sur la relation entre deux individus et ce qu'ils partagent et ce qui pourrait alors être manquants quand ils sont séparés. Dans ce modèle (Field 1985), l'attachement est considérée comme une relation qui se développe entre deux ou plusieurs organismes dès qu'ils seront à l'écoute les uns les autres, chacun fournissant à l'autre sens l'excitation de modulation, qui se produit en cas de séparation, qui sont toujours des résultats dans la désorganisation comportementales et physiologiques (Field, 1996, p. 545).

Conclusions:

Nous avons examiné tantôt les idées de base de la théorie de l'attachement et les critiques qui s'y rapportent. En accord avec Harris (1998), nous croyons que les parents ne devraient pas être totalement tenus pour responsables de la façon dont leur enfant se développe. Ils devraient être tenus responsables d'un point génétique, car après tout, ils leurs donnent leurs gènes. Mais les enfants se

fient davantage à leur groupe social dans la formation de leur personnalité et de ce fait il doit être retenu. Aussi, Field (1996) a mis en évidence quelques points lors de l'examen des limites de la théorie de l'attachement. La mère n'est pas toujours la principale figure de saisie.

Sous chapitre 4: Troubles affectifs et développement de la personnalité:

Définition :

Le terme de **personnalité** peut se définir comme la synthèse des éléments qui constituent la situation psychologique et mentale d'un individu. Cet ensemble d'éléments concourt à l'organisation, la conformation mentale d'une personne afin de lui donner une expression particulière, physionomie propre.

La personnalité ne concerne pas que l'abord psychologique. En effet, les éléments physiologiques et morphologiques d'un individu concourent à la conformation de la personnalité.

Pour les **psychologues** l'organisation dynamique de ces aspects coopère à la cohésion du moi représentant un autre aspect de la personnalité. En psychanalyse le moi est l'instance maintenant l'unité de la personnalité permettant ainsi l'adaptation au principe de réalité, la satisfaction partielle du principe de plaisir et le respect des interdits émanant du surmoi. La personnalité se compose de **traits (de caractères)**. Ainsi on parlera de personnalités se caractérisant par une certaine prodigalité (faisant des dépenses disproportionnées), stable, d'une personnalité de désordre, d'avarice, de réserve, d'expansivité (dont la communication se fait facilement avec autrui), etc.

Il est donc possible de définir la personnalité comme l'ensemble des traits qui caractérisent une personne dans son unité, sa singularité et sa permanence et ceci vis-à-vis de son entourage et de lui-même.

Les troubles de la personnalité sont le résultat, au final, d'une intensification, accentuation de l'un ou de plusieurs traits cités ci-dessus. Ceci peut être le résultat d'une situation due à une perturbation psychoaffective, un stress, un traumatisme susceptible d'aboutir à l'apparition d'une véritable **pathologie psychologique**.

Les tenants et les aboutissants de la personnalité font appel à des notions de **psychanalyse**, de **neurobiologie** mais aussi et surtout de **comportement**. Les premières années de la vie sont sans doute essentielles à la compréhension de la personnalité d'un individu.

Il est essentiel de faire le distinguo entre la notion de troubles de la personnalité et celles de **personnalité pathologique**.

Les troubles de la personnalité sont le résultat d'altération de son unité, de son développement, du sentiment vague que l'on a chacun de son être représenté par les sensations conscientes provenant de son corps. Les phénomènes de dédoublement de la personnalité, d'altération du schéma corporel et de dépersonnalisation avec automatisme mental font partie des troubles de la personnalité. Les troubles de l'identité, quant à eux, sont la traduction de divers délires comme ceux de transformation, de négation, de délire mystique ou mégalomane (etc.). Les troubles du développement de la personnalité apparaissent essentiellement chez les personnes oligophrènes et les débiles mentaux. Toujours dans le cadre des troubles de la personnalité, les troubles de la personnalité cénesthésique se rencontrent le plus souvent au cours des états dépressifs, la mélancolie et chez les personnes obsessionnelles ainsi que dans le délire hypocondriaque.

Les personnalités pathologiques se caractérisent par la survenue d'état permanent avec déviation quantitative par rapport à la personnalité dite normale. Dans ce cas c'est le type de comportement et le style de conduite vitale qui est considérée comme anormal.

4.1. La personnalité limite ou borderline

La personnalité limite ou borderline comporte une organisation qui n'est pas suffisamment structurée à la limite des domaines de la névrose de la psychose ou de toute structure organisée. D'autre part la personnalité limite se caractérise par des perturbations relationnelles que ce soit dans le domaine affectif associé à une instabilité et à une composante anaclitique. La **dépression anaclitique** désigne l'ensemble des perturbations psychologique et physique voisines de la dépression survenant chez l'adulte et apparaissant progressivement chez l'enfant qui est séparé de sa mère après une période de relations normales durant les six premiers mois de la vie. La situation anaclitique désigne l'absence de soins maternels durant la première année. Celle-ci peut entraîner chez l'enfant la survenue de retards psychomoteurs, quelquefois importants, avec une symptomatologie dépressive et sans doute perturbations de la personnalité survenant alors chez l'adulte, durablement.

D'autres par la personnalité limite comporte une tendance à l'agressivité, à l'impulsivité et un sentiment intense et souvent permanent d'insatisfaction et d'ennui. Les patients sont menacés d'une éventuelle dépression et d'abandon ou de crises de dépersonnalisation avec névrose fluctuante.

Une des caractéristiques majeures de la personnalité borderline ou personnalité limite est son évolution qui est variable et le plus souvent transitoire. Chez certains patients cette évolution est malheureusement définitive aboutissant à une personnalité pathologique faisant suite à une exacerbation de certains traits qui viennent contrarier, s'opposer à une adaptation sociale souhaitable de l'individu. C'est le cas par exemple de certaine personnalité narcissique, paranoïaque ou obsessionnelle entre autres.

La personnalité limite appelée également borderline est décrite généralement comme une instabilité stable. Elle a pour caractéristique essentielle des variations permanentes de l'humeur qui vont faire se succéder des colères soudaines, de la tristesse, des périodes de terreur et un sentiment de vide intérieur associé à une menace permanente de dépression. Il s'agit de personnes, qui ne supportent généralement pas la solitude et qui ont tendance à décrire autrui comme tout bon ou alors tout mauvais, en dépit d'une mésentente avec autrui.

4.2. La personnalité compulsive est une personnalité se caractérisant par une tendance à la rumination mentale, vérification et à la ritualisation de certaines activités. Le mot rituel signifie, dans le langage courant, habituel, coutumier. En termes de psychologie, le rituel est le terme utilisé le plus souvent dans le sens du rythme c'est-à-dire afin de désigner l'obsession (névrose obsessionnelle) de la vérification des choses répétition entre autres. Le terme rituel au sens rituel du coucher par exemple caractérise une succession de nécessité, de rites qui sont accomplis au moment du coucher. Un exemple du rituel est celui de la disposition de l'oreiller, l'ajustement des draps, la lecture d'un livre tous les soirs sinon le sommeil ne vient pas. Il s'agit de rituel ayant pour but de favoriser l'endormissement du sujet. Ce type de comportement s'observe de manière banale chez n'importe qui. Il se voit également chez l'enfant jeune confronté, au moment de se coucher, à l'angoisse nocturne qui l'envahit progressivement et qui est dû au fait de se retrouver seul, peut être abandonné des parents.

La personnalité compulsive comporte certains éléments de la névrose obsessionnelle.

4.3. La personnalité antisociale constitue une forme de déviance sociale se caractérisant essentiellement par une instabilité, impulsivité, l'inadaptation avec possibilité de passage à l'acte. L'**alcoolique, toxicomane** présente une personnalité antisociale avec souvent d'ailleurs, l'apparition de crises d'agitation, de gestes suicidaires, d'actes illégaux de délinquance telle que le vagabondage, le vol, la prostitution, le trafic de drogue etc...

4.4. La personnalité dépendante présente les particularités suivantes (liste non exhaustive) : Incapacité de prendre les décisions au moment utile, au quotidien, en ayant besoin d'être rassuré et éventuellement conseillé.

Être toujours d'accord avec les gens mêmes si l'on n'estime qu'on se trompe.

Laisser prendre par quelqu'un d'autre, les décisions essentielles de la vie.

Adopter des comportements pour se faire aimer des autres, par exemple en se portant volontaire pour faire des choses que les autres personnes ne veulent pas faire (désagréables, dévalorisantes).

Difficulté à mettre en place ou à envisager son avenir, avoir du mal à mettre en marche des projets à faire des choses.

Ne pas supporter la solitude et se sentir mal à l'aise, voire impuissant dans certains cas.

Se sentir réduire, annihilé, voire impuissant dans une relation avec un être aimé ou proche.

Faire preuve de catastrophisme avec crainte d'être abandonné.

Ne pas supporter d'être critiqué ou désapprouvé, blessé par quelqu'un d'autre.

4.5. La personnalité névrotique, selon certaines théories, désigne les personnalités suivantes : obsessionnelle (le terme anankastique est également utilisé pour désigner une personnalité obsessionnelle), hystérique, dépendante, d'évitement.

4.6. La personnalité passive-agressive, appelée quelquefois **personnalité orale**, se caractérise par la résistance aux demandes qui sont adressées au patient. Ceci est vrai en ce qui concerne le domaine professionnel et dans les relations sociales en général. Ce qui qualifie essentiellement une personnalité passive agressive est la perte de temps, l'inefficacité, les oublis à répétition, l'entêtement.

4.7. La personnalité sensitive est une variété de personnalité dont les composantes font à la fois partie de la personnalité psychasthénique se caractérisant par une insatisfaction globale, des scrupules, des doutes, une indécision, une tendance à l'introspection et à la fois partie de la personnalité paranoïaque se caractérisant par un orgueil démesuré, une certaine susceptibilité et une méfiance.

Au cours de la personnalité sensitive sont retrouvés des éléments de dépression avec une connotation d'asthénie et de tendance à l'hypocondrie. À cela s'associe une sensibilité avec **hyperesthésie** des contacts sociaux, une émotivité exagérée sans teinte émotionnelle et un sentiment d'échec social. L'histrionisme (le terme histrion désigne un acteur comique) et la **cénestopathie** rentreraient pour certains spécialistes, également dans le cadre de la personnalité sensitive.

Partie méthodologique

Et pratique

Chapitre 1: Nature du terrain de la recherche:

Sous chapitre 1 : Présentation de l'institution et modalités d'admission:

Le Foyer de l'enfance abandonnée ou cité de l'enfance d'El Milia, ville distante de 60 Kms du chef lieu de wilaya – Jijel-

Identification:

Tutelle : Ministère de la solidarité et de la famille et la communauté nationale à l'étranger.

Direction wilaya: direction de l'action sociale.

Décret de création: **86/123**

Dénomination: FEA (foyer pour enfance assistée)

Date d'ouverture: **octobre 1999**

Situation géographique: centre ville d'El-Milia: quartier résidentiel.

Adresse: rue de la palestine, El-Milia

N° téléphone : 034 42 81 53 N° du Fax : 034 42 72 78

Nom et prénom directeur : Mr. Ghadjimis Saïd

Caractéristiques générales de l'établissement :

Superficie: 2288.00 m2 Dont 838.85 m2 bâti et 1449.15 m2 non bâti

Nature de la propriété: propriété de l'état à usage administratif et habitation.

Cour espace verts parc de voitures

Capacité théorique d'accueil: **60** Pensionnaires.

Régime d'accueil:

Internat	<input checked="" type="checkbox"/>
Dortoirs	<input checked="" type="checkbox"/>
Chambres	<input checked="" type="checkbox"/>
Réfectoire.	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuisine.	<input checked="" type="checkbox"/>

- Buanderie : machine à laver : Industrielle **01**
- / / Domestique **01**

Population abritée :

- Nombre d'enfants privés de famille, âgés de **0 à 06 ans: 03**
- Nombre d'enfants placés par décision judiciaire: **05**; dont **02** sont âgés de moins d'un an.

Effectif actuel :

- Enfants assistés avec placement définitif: **17** cas.
- Placement temporaire: **01** cas.
- Pensionnaires handicapés: **03** cas.
- Total des pensionnaires: **18** cas.

Administration:

- Directeur: **01**
- Economat: **01**

Service pédagogique:

Educateurs spécialisés: **03** dont une médiatrice sociale et une psychomotricienne.

- Educateurs: **06**

- Aides-éducateurs: **02**

- Infirmière: **01**

- Psychologue: **01**

- Assistante sociale: **01**

Locaux pédagogiques:

- Salle de psychomotricité: une salle.

- Ateliers: 02 ateliers dont un pour le dessin et l'autre pour la poterie.

Présentation:

Le foyer pour enfants assistés est une institution à caractère socio éducatif qui fonctionne en permanence. Il est doté d'une autonomie financière.

Rôle social: Son rôle est de se substituer à une structure familiale absente ou défaillante.

Mission : le foyer est chargé d'assurer une prise en charge matérielle, psychologique éducative destinée à permettre à ces enfants une insertion sociale harmonieuse.

Procédure d'admission : Les critères d'admission d'un enfant dans un FEA sont définis comme suit:

A/ Enfant privés de famille à titre définitif:

1/ Enfants orphelins de père et de mère n'ayant ni ascendants ni collatéraux auxquels il puisse être fait recours.

2/ Enfants dont les parents ont été déchus de la puissance paternelle à titre définitif par décision de justice.

3/ Enfants nés de père ou de mère connus et qui ont été délaissés sans qu'ils puissent être fait recours à leurs parents ou à leurs ascendants et déclarés abandonnés par décision judiciaire.

4/ Enfants qui sont nés de pères et de mères inconnus et trouvés dans un lieu quelconque ou remis à un établissement relevant des services de l'enfance privée de famille ou déclarés abandonnés par décision judiciaire.

5/ Enfants dont la filiation n'est pas établie et qui sont abandonnés par leur mère sans qu'elles ne les réclament dans un délai n'excédant pas trois mois.

B/ Enfants privés de famille à titre temporaire:

1/ Enfants dont les parents sont temporairement en état de difficulté grave sur le plan physique, mental ou social ou qui ont perdu l'un ou l'ensemble des attributs de la puissance paternelle et qui ne peuvent plus le prendre en charge conformément aux articles 36 et 78 de la loi N° 01/11 du 09/06/1984 portant code de la famille.

2/ Enfants placés dans une institution chargée de l'enfance privée de famille par ordonnance du juge des mineurs dans les cas prévus aux articles 269 et suivants du code pénal. Toutefois en cas d'urgence en attendant la décision des mineurs, le wali ou son représentant (DAS) dûment habilité doit placer l'enfant dans une institution chargée de l'enfance privée de famille. Les enfants privés de famille à titre définitif sont placés sous la tutelle de l'état. Les enfants privés de famille à titre temporaire sont placés sous la protection de l'état.

Organisation et prise en charge:

La surveillance générale : assure l'organisation du suivi pédagogique sur le terrain de l'hygiène de vie des pensionnaires, le respect des horaires de cours, les visites, et les questions de discipline en générale.

L'équipe pédagogique:

Le psychologue: s'occupe de la prise en charge technique, entretien, observation clinique, orientation, selon les motivations et choix, dépistage des anomalies, troubles du comportement ou retard de certains enfants.

Les éducatrices : animent la vie quotidienne de ces enfants repartis en groupes, veillent à leur éducation, à l'apprentissage, etc.

Les aides éducatrices: interviennent dans la vie pratique de ces enfants, hygiène, habillement, alimentation, sortie, etc.

La psychomotricienne: suivi psychomoteur et rééducation fonctionnelle.

La médiatrice sociale: intervention à l'extérieur et le suivi de l'équipe pédagogique.

3. L'équipe technique:

L'assistante sociale: chargée de la constitution des dossiers administratifs des enfants assistés, contact avec les familles adoptives et les différentes démarches extérieures telles que: les enquêtes sociales, suivi scolaire, contact avec la tutelle pour la régularisation de la situation des enfants notamment ceux qui sont trouvés et ceux qui ont un placement judiciaire.

Le médecin: vu le manque de médecin au niveau du foyer, le médecin de la tutelle organise des visites régulières portant comme objectifs: le suivi médical des enfants, l'accompagnement en cas d'hospitalisation, donner des recommandations au personnel concernant les mesures hygiéno-diététiques, l'établissement du menu en collaboration avec l'économiste et le directeur.

L'infirmière: suivi médical, infirmerie, traitement etc.

4. Les moyens technico - pédagogiques :

Salle de psychomotricité existe au sein de l'institution .

Le groupe d'handicapés est en nombre de deux (02), qui bénéficie des activités de la psychomotricité aux fins de développer leur autonomie ainsi que des séances de kinésithérapie dirigé par un spécialiste.

Salle des jeux : équipée d'un matériel adapté aux enfants en bas âge : jouets, balançoire, maisonnette, voiturette, jeu éducatifs, Toboggan, etc.

Aire de jeu et loisirs: avec un matériel approprié type; différentes balançoires, etc.

Bibliothèque : équipée de livres d'enfant, contes d'enfants et revues éducatives.

Ateliers d'apprentissage : ayant pour but; l'exploitation, la décharge et le défoulement des tensions internes relatives aux enfants en bas âge. D'autres ateliers sont à mettre en exergue: poterie, coiffure, cuisine, peinture, pépinière et dessin pour les autres pensionnaires.

Sous chapitre 2: Méthodologie d'approche et recueil des données :

Comment peut-on appréhender l'objet de notre recherche ?

IL est Capital de savoir appréhender l'objet de notre recherche afin de pouvoir en parler avec rigueur et scientificité. Pour ce faire nous avons estimé l'observation directe la seule technique, voire la seule stratégie apte à nous permettre une telle « **prouesse** », un tel « **challenge** ».

De ce fait nous allons, autant que faire se peut, de présenter cette technique. Mais il va sans dire que nous aurons tout d'abord à cœur de cerner d'une manière claire et précise « la méthode clinique » dans son ensemble et dans sa spécificité afin de mesurer l'importance qu'elle accorde à l'observation et surtout pourquoi la lui accorde-t-elle.

2.1. Méthodologie clinique : Quelques repères historiques.

La clinique est une pratique de traitement des maladies. La clinique est une pratique qui centre l'articulation entre théorie et articulation. Quelque part, il y a la notion de singularité des personnes que je rencontre et la notion d'engagement (je suis engagé dans un groupe, dans une situation).

M. Foucault « naissance de la clinique » P.U.F.

Canguilhem « le normal et le pathologique » il fonde la médecine comme un art au carrefour de différentes sciences. Pour Foucault La clinique n'est pas une simple relation entre un médecin et un malade mais c'est la construction d'un objet à l'intérieur d'un champ d'un certain discours possible. Je dois articuler ce qu'il en est de l'objet que j'observe : Bichat a un regard clinique = un regard qui s'arrête et qui va insister sur le malade et son corps. Le symptôme deviendra signe. Avec la méthode clinique on est passé du « qu'avez-vous ? » à « où avez-vous mal ? ». Observation dégagée de tout présupposé théorique dans la clinique. Il n'y a pas de clinique sans pratique ni engagement sur le terrain.

Foucault « manière de disposer la vérité et de la présenter » elle est expérience.

L'observation est un des outils essentiels de la clinique (regard). Notre observation repose souvent sur un pré-supposé théorique. il faut suspendre la théorie.

Dans la question de la clinique, ce qui va être objet de la connaissance c'est mon implication. Je suis impliqué dans une relation avec un sujet. Je suis sujet et objet à la connaissance.

L'objectivité en clinique est la prise en compte de ma subjectivité.

Historique:

Au départ, terme clinique => terme médical, question de l'observation faite au lit du malade. Il y a eu de la clinique dès qu'il y a eu des médecins et en face d'eux des malades. A l'époque d'Aristote, Hippocrate, cette définition sera de côté et fera apparaître au moyen âge non plus le lit du malade mais le lit de mort.

XVIIIème. selon Foucault, réapparition du terme clinique dans le sens d' Hippocrate.

XVIIIème. introduction de la notion de singularité. Il y a quelque chose du sujet qui va réapparaître avec l'apogée de la révolution française.

Foucault « Le regard n'est plus réducteur mais fondateur de l'individu ».

D. Lagache et Favez Boutonier => 2 fondateurs de la clinique

Maine de Biran (auteur important) a tenté de construire une vision un peu unitaire de l'homme (psychosomatique) tout en distinguant des niveaux d'organisation. Un individu, c'est le monde tout entier mais saisi à travers un point de vue.

1890 : année où on a pour la 1ère fois nommée => psychologie clinique

Pierre JANET fonde le labo de clinique à la Salpêtrière à Paris. Il distingue la psychologie clinique et expérimentale.

La clinique observe la vie psychologique considérée comme un tout concret et réel.

Critiques => - prétention d'isoler des mesures

- utilisation d'appareillage artificiel

- décomposition de la personnalité en variables indépendantes

- établissement de moyenne sans support concret

La clinique vise la singularité.

La clinique est aussi une clinique du normal, ce n'est pas uniquement du pathologique. Peu à peu, on va sortir de la seule notion du lit du malade – Fin XIXème. –

« La clinique n'est pas seulement une méthode, c'est aussi une culture » Janet.

Il va tenter de faire une science de conduite en différenciant différents niveaux de l'organisation

Piaget par rapport à la clinique il va voir dans la méthode clinique un chemin entre les tests et l'observation pure. Le clinicien dirige et se laisse diriger. Il cherche à connaître la totalité de la situation en notant les paramètres du contexte.

Aux Etats-Unis, la psychologie clinique = psychologie dynamique

Psychologie dynamique => elle reconnaît la personnalité comme centre de force, c.à.d. que le psychisme organise dynamiquement l'ensemble de la personnalité.

Totalité – Singularité – Implication => 3 indications de la clinique.

Lagache 1937, il abandonne la charge de chef de clinique et se porte candidat à la chaire de psychologie de Strasbourg. Médecine, philosophie, psychologie, psychanalyse.

2.2. Principaux modes d'approches :

- . Clinique,
- . Psychanalytique,
- . Expérimentale.

Clinique est une conciliation de différents courants.

Lagache crée la nouvelle psychologie « totale et concrète ».

Notion d'homme en situation et notion de conflit (présente à la dynamique d'une prise de conscience).

Psychologie clinique « il y a place pour l'esprit de géométrie et pour l'esprit de finesse »

La clinique se manifeste comme le meilleur instrument dans le domaine humain d'une coordination et d'un contrôle des différentes disciplines psychologiques.

La clinique est caractérisée par l'investigation systématique et aussi complète que possible des cas individuels. Etude de la conduite humaine et de ses conditions. Etude de la personne totale en situation.

Situation => terme important. Il s'agit de l'environnement et de l'expérience vécue de ce rapport à l'environnement.

Objet de la clinique = étude totale de l'homme en situation.

Les buts de la méthode clinique.

Conseiller, guérir, éduquer, prévenir et résoudre un conflit.

Aspects de la conduite pour Lagache :

- conduite extérieure manifeste
- l'expérience consciente (accessible par le récit qu'en fait la personne)
- les modifications somatiques objectives
- les produits de la conduite (des écrits, des dessins, des tests.)

Dans ces aspects de la conduite de Lagache, absence de la notion d'inconscient. Alors que, par ailleurs, il dira que la psychanalyse est une psychologie de la conduite.

Techniques présentées par Lagache :

- technique historique (enquête de terrain et techniques documentaires)
- technique d'observation (ponctuelle ou dans une observation continue, observation du sujet en situation...)
- technique de l'emploi des tests (utiliser les tests de façon clinique en prenant en compte le contexte ou les tests cliniques TAT ou RORCHART)
- technique auxiliaire (morphologie et graphologie)
- technique psychanalytique (façon « d'utiliser » la relation du sujet avec le clinicien) Ultra moderne

Lagache est donc le fondateur de la clinique moderne.

Juliette Favez Boutonier elle succède à Lagache. Elle tentera de différencier la clinique de la méthode différentielle en posant comme base de la clinique l'entretien.

Différentielle est l'utilisation de la mesure et classement des personnes. La clinique s'intéresse à la personnalité en totalité. Elle va travailler la relation entre la clinique et la psychologie médicale.

Qu'est-ce que la notion de psycho médicale ? Elle va tenter d'y répondre.

Elle va avancer 3 sens, 3 notions :

- approche des maladies psychosomatiques (avec observation clinique de la conduite)
- étude de la relation médecin / malade (étude d'une personne totale en lien avec le médecin)
- étude des processus psychiques par lesquels un malade assume des maladies purement somatiques

La clinique comme synthèse de la psychanalyse et de la phénoménologie. Vygotsky (« le temps vécu »).

« Comment peut-on regarder sans instrument et dire ce que nous voyons ? ».

Nécessité de compréhension de l'autre. Je ne pense pas être extérieur à l'autre, mon regard modifie l'autre et je suis modifié par l'autre.

2.3. Méthode médicale:

Elle englobe la sémiologie (le patient est porteur de signes -maladie) mais aussi la démarche qui va du recueil de signes à leur association en syndromes et à la découverte de la maladie. Le médecin se pose en expert (reconnaissance des signes) ; il est en position d'extériorité qui permet l'objectivation des signes, réorganisé pour nommer la maladie importance du regard : primat du voir, du nommer mots-clés : objectivité – explication – prévision – extériorité.

2.4. Méthode psychanalytique:

Intérêt pour la compréhension du sujet et non la maladie (singularité, histoire)

Intérêt pour le temps subjectif (temps du vécu et de l'histoire du sujet indissociable de la démarche clinique (témoignages, histoires et récits de vie), pour la question du sens, ce que l'on observe (comportement, discours) a un sens qui est singulier : Sens Inconscient.

Psychanalyste : sa position - implication : neutralité, empathie. Reconnaissance de l'implication (transfert-contre-transfert)

Méthode clinique:

Importance du rôle de l'observation et du contact avec le malade issu de la clinique médicale mais intègre les apports de la psychanalyse (subjectivité, totalité, sens, implication).

Cependant la méthode est différente, elle ne vise pas l'élucidation du sens inconscient du conflit, l'analyse du transfert.

Son projet est plus vaste et holistique :

- elle s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et à la nomination de certains états, aptitudes et comportements, dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie, par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une modification positive de l'individu.

- elle vise à créer une situation avec un degré faible de contrainte, en vue d'un recueil d'informations¹ qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en laissant au sujet des possibilités d'expression.

La méthode clinique comporte 2 niveaux de buts différents :

- celui des techniques (tests, échelles d'évaluation, entretiens, dessin, jeu, analyse des textes écrits, observation...) de recueil in vivo des informations, en situation

naturelle² (**1er niveau : recueil d'informations** pouvant faire l'objet de différents traitements : analyse de contenu, analyse psychopathologique,...) ;

- celui de l'étude approfondie et exhaustive du cas (**2ème niveau : compréhension du sujet** : singularité, fidélité des observations, recherche des significations et de l'origine des actes, des conflits ainsi que des modes de résolution des conflits.).

2.5. L'étude de cas:

La notion de cas en psychologie clinique vise à se dégager des aspects désobjectivants de la position médicale. L'analyse et l'interprétation d'un problème clinique se centre sur la singularité et sur l'histoire du sujet. Il s'agit de restituer le sujet et non pas de nommer la maladie.

La psychologie clinique est fondée sur « l'étude approfondie de cas individuels ». Son objet est l'étude de la conduite humaine (adaptée ou inadaptée) incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement.

L'étude de cas concerne à la fois la clinique du sujet et la clinique du social.

L'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1987).

Le terme « cas » vise à éclairer la singularité d'un problème mais il transforme également le sujet en porteur d'une maladie ou d'une situation particulière (Pardinielli, 1994).

Nous assistons à la naissance d'un véritable « genre » clinique qui comprend un contenu relativement stable et un mode d'organisation de discours. Diagnostic, étiologie, description de symptômes sont seulement quelques-uns des éléments obligés de son contenu (Rudelic-Fernandez, 1999).

1 Regroupées et replacées dans la dynamique individuelle.

2 Recueil des informations en respectant le contexte.

Mais à cette conception pragmatique qui met en avant la recherche holistique des éléments en s'intéressant plus à l'individu qu'au symptôme, d'autres auteurs préfèrent des définitions plus larges.

Ainsi, Revault d'Allonnes (1989) insiste sur la notion « d'histoire de vie » : « L'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en oeuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique ».

Les deux orientations sont proches, l'une vise à intégrer les données en les référant à l'individu et en évitant de le morceler, l'autre tente de restituer la singularité intérieure en se dégageant de l'objectivation.

Ces deux positions ne sont pas opposées mais correspondent à des temps ou des objectifs différents : la première est évaluative alors que la seconde s'inscrit dans une conception thérapeutique ou dans une démarche d'illustration (Pardinielli, 1994).

L'entretien clinique:

L'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole dans une adresse à un clinicien.

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet.

La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989) où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction (c'est un professionnel) et par sa position durant l'échange. Cette position différencie radicalement l'entretien clinique des autres types d'échanges possibles entre deux personnes comme en autres; la conversation, l'interrogatoire ou la confession (Muchielli, 1993). Cette position dite "clinique" est souvent décrite par les caractéristiques suivantes :

- La centration sur le sujet : la position du clinicien vise la production par un sujet d'un discours auto-référentiel;

- La non-directivité : l'attitude du clinicien doit faciliter la liberté de parole du sujet par des interventions ne visant pas à diriger le discours mais à soutenir l'acte de parole (Rogers, 1942; Pages, 1965, 1968).

- La neutralité bienveillante : le clinicien s'abstient de tout jugement et de prise de position idéologique. Elle traduit l'acceptation inconditionnelle de l'autre tel qu'il se présente. Ceci implique au préalable que le clinicien ait accepté ce qu'il est lui-même pour ne pas projeter des éléments de sa propre problématique.

- L'empathie : pour comprendre ce que vit une personne, il convient de pouvoir s'identifier à elle tout en restant soi-même. Cette capacité a été décrite par Rogers dans le cadre de la relation d'aide et renvoie à la réceptivité aux sentiments vécus par le sujet et à la capacité verbale d'en communiquer la compréhension.

Les informations obtenues par entretiens concernent : l'histoire du sujet, les symptômes ou signes cliniques, la problématique, les mécanismes de défense, les représentations, les émotions, les affects, les troubles du langage. Accès à la subjectivité et au contexte.

L'entretien clinique peut être mis en oeuvre dans différents contextes répondant à des objectifs différents :

- diagnostic (recueil d'informations et évaluations aboutissant à un diagnostic),
- thérapeutique (processus de transformation et d'influence, cf. vidéo de Kramer),
- et recherche (recueil d'informations sur un objet de recherche).

Il nécessite une formation car il met en jeu des processus d'influence (relance : interrogation – référentielle³, modale⁴, déclaration – complémentation⁵, interprétation⁶ ; réitération –écho⁷, reflet⁸), des processus inconscients (défenses), des effets de vérité pour le sujet, d'abréaction, etc. qu'il faut pouvoir gérer : c'est donc une véritable technique à laquelle il faut se former (faire l'expérience, enregistrement, vidéo, reprise en groupe..).

En fonction des références théoriques (psychanalytique, cognitive, comportementale, humaniste, phénoménologique, systémique) et des objectifs (diagnostic, thérapeutique, recherche) :

Les techniques de gestion de l'entretien sont variables (plus ou moins structuré, plus ou moins impliqué, plus ou moins directif)

L'analyse varie selon les aspects à aborder (inconscient, dynamique, cognitifs et comportementaux)...

L'observation clinique:

L'observation renvoie à l'action de percevoir avec attention la réalité (un objet par exemple) afin de mieux la comprendre (capacité à discriminer les différences entre phénomènes).

Certains phénomènes ne peuvent être accessibles que par l'observation, comme par exemple les phénomènes cliniques s'exprimant par la communication non verbale (petite enfance) ou par des troubles graves de la communication verbale et de la relation (autisme, polyhandicap).

L'observation est une méthode complémentaire à l'entretien clinique, lorsque l'on veut confronter différents registres de la communication (digital /analogique).

L'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte.

Pour Pardinielli (1994), le projet de l'observation clinique vise à « ...relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ».

3 Demande d'identification supplémentaire de la référence. « Pouvez-vous m'en dire davantage ? ».

4 Demande d'identification de l'attitude propositionnelle : « Qu'en pensez-vous ? ».

5 Elle ajoute un élément d'identification de la référence à l'énoncé précédent sous forme de déductions partielles ou d'anticipations incertaines...

6 Elle suggère une attitude non explicité par.

7 Répétition ou reformulation d'un ou de plusieurs énoncés référentiels.

8 Répétition ou reformulation avec un préfixe modal d'un ou de plusieurs énoncés: « Vous croyez que; vous pensez que... ».

9 (sémiotisé pour relationnelle : recherche de la signification versus articulation de la pensée et sémantique pour la structurée (recherche du sens versus description d'un domaine conceptuel ou psychologique) Si l'on dit que la production de sens dans l'observation est sémiotisé, cela signifie que l'observation vise la construction d'une information invariable quelque soit le destinataire. Ceci implique de pouvoir objectiver les éléments issus de l'observation = observation structurée.

Dans le cas où l'observation réalise une production de sens sémantisé, cette observation privilégie le sens perçu par l'observateur. La perception renvoie à une construction de sens à partir de ce qui est observé, introduisant une dimension de subjectivité = observation relationnelle.

"L'observation clinique" A. Ciccone:

Ainsi, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à l'observation des troubles (psychopathologie), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique), et concerne les conduites verbales et non verbales, les interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

Ce projet inclut tout aussi bien l'observation clinique structurée que l'observation clinique relationnelle. Mais, on note que le choix du type d'observation dépend des références théoriques du clinicien, mais aussi des buts à atteindre.

Dans la pratique clinique, c'est l'observation clinique relationnelle qui y est privilégiée (on observe en fait tout le temps).

Dans la recherche, il est nécessaire de mettre au point des dispositifs plus structurés pouvant répondre aux problèmes de la validité.

Position et activité de l'observateur:

Extériorité

Focalisation

Discrimination

Impliqué

Attention flottante

Association

Notons qu'il est capital de se former à l'observation car elle implique des processus de réduction, de sélection, des inférences, la reconstruction des faits en fonction du contexte et de l'implication de l'observateur. Le recueil du matériel est réalisé à l'aide de techniques d'observation, qui selon les domaines de la psychologie, peuvent être simples ou sophistiqués : regard naturel ; enregistrements vidéoscopiques ; techniques d'imageries,...

Exemple :

L'observation directe et systématisée de l'enfant en situation a conduit à l'élaboration d'outils d'évaluation et de diagnostic de l'autisme infantile :

- la CARS, Echelle d'évaluation de l'autisme infantile (Schopler,)

- et la ECA, Echelle d'évaluation des comportements autistiques (Lelord, Barthelemy,).

L'observation systématisée a également joué un rôle important dans la compréhension des interactions précoces mère/bébé. Certains travaux empruntent à la fois à l'observation systématisée des comportements (comme en éthologie) et à l'observation psychanalytique (intérêt pour l'intersubjectivité).

Le champ de l'observation prend en compte le niveau comportemental (analyse dynamique des interactions entre l'enfant et la mère), le niveau affectif (dynamique des échanges affectifs et

émotionnels) et le niveau fantasmatique (désirs inconscients). L'observation de ces trois niveaux dans les interactions mère/bébé n'implique pas le même degré d'inférence. Ces recherches ont permis l'élaboration de grille visant la systématisation de l'observation, ces grilles pouvant être plus ou moins structurées : GLOS - Greenspan and Libermann Observation Scale, 1980, Stern, 1985 ; Lebovici et al., 1989).

Ces techniques, développées au sein de procédures de recherches cliniques ont produit des indices pertinents pour la compréhension des interactions mère/bébé qui ont un intérêt pour l'évaluation et le diagnostic en pratique clinique (Pinol-Douriez, 1993).

2.6. Les tests:

Qu'est-ce qu'un test ? « Le test est sans doute l'outil qui paraît spécifique du psychologue, voire exclusif, puisqu'il est le seul à posséder les connaissances permettant son interprétation » (Pedieli, 1994). Il est « une situation standardisée servant de stimulus à un comportement qui est évalué par comparaison statistique avec celui d'individus placés dans la même situation, afin de classer le sujet soit quantitativement, soit typologiquement » (Pichot, 1986).

Pour Guillevic et Vautier (1998), il s'agit essentiellement « d'une épreuve de stimulation d'un individu pour dégager les grandes lignes de sa personnalité ». Il s'agit plus précisément « d'une situation standardisée qui permet, par une évaluation statistique des réponses produites par un sujet, d'établir son profil psychologique en termes de capacités et de traits de personnalité ».

Cette épreuve doit présenter deux types de caractéristiques :

- la standardisation de la situation : les épreuves/le matériel- support (énoncés verbaux, images), la consigne, les conditions de passation et la cotation et le dépouillement (à l'aide de grilles normalisées) sont identiques pour tous les sujets

- la nécessité de construire des items indépendants des dimensions culturelles. Il est difficile d'affirmer qu'un test échappe à l'influence des dimensions culturelles plus profondes (valeurs, représentations du monde, stéréotypes). Face à cette difficulté, un grand nombre de concepteurs l'intègrent dans des tests en retenant des items présentant des degrés divers de cette dimension culturelle.

- l'existence d'une échelle de mesure (ou étalonnage) servant à situer des individus par rapport à un groupe de référence (Weil-Barais et al, 1997 ; Capdevielle, Doucet, 1999).

Il existe différentes sortes de tests :

- les tests d'aptitudes ou instrumentaux qui visent à étudier un phénomène précis et bien précis comme l'attention et la mémoire ;

- les tests de développement qui analysent l'évolution des compétences et des aptitudes (graphiques, motrices);

- les tests d'intelligence;

- les tests de personnalité : inventaires de personnalité et méthodes projectives:

1.1. Standardisation : référence à la norme (et non au sujet), à l'objectivité (un autre psychologue doit obtenir le même résultat). Toutes ces remarques sont possibles car les tests sont construits avec un esprit de recherche des qualités métrologiques suivantes:

fidélité, validité et sensibilité.

1.2. Intelligence générale (facteur G) : résolution de problèmes, test de raisonnement, intelligence concrète ou pratique (facteur F) : cubes de Kohs par exemple, aptitude verbale (facteur V) : épreuves verbales, aptitudes spécifiques (facteurs N, S, M, P), aptitudes numérique (N), spatiale (S), mécanique (M), aptitudes : perceptives (P), attentionnelles (Q), mnémoniques, créatives. (NEMI de Zazzo, WAIS, WISC, WPPSI-R de Weschler, K-ABC de Kaufman,...

1.3. inventaires ou questionnaires de personnalité : inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota - MMPI-2 (révisé en France en 1997) inventaire NEO-PI-R ; inventaire de personnalité d'Eysenck – EPI- (mesure de la personnalité en 2 dimensions : extraversionintroversion ; névrosisme-stabilité) ; Inventaire psychologique de californie – CPI-R (mesure de 20 traits de personnalité) ; mini-mult (étude de la personnalité normale et pathologique) ; inventaire de dépression de Beck – BDI- II (évaluation de la sévérité de la dépression) ; inventaire de coping pour les situation stressantes – CISS- (évaluation des styles de réactions aux situations stressantes) ; inventaire d'anxiété état-trait (forme Y) –STAI-Y (mesure de l'anxiété- état et de l'anxiété-trait) ; inventaire d'estime de soi de Coopersmith –SEI (mesure de l'estime de soi) ; profil socio-affectif –PSA (évaluation socio-affective de l'enfant) ; échelle composite de dépression pour enfants –MDI-C (évaluation et dépistage de différents aspects de la dépression chez l'enfant) ; échelle d'anxiété manifeste pour enfants – R-CMAS (évaluation et dépistage de différents aspects de l'anxiété chez les

enfants et les adolescents) ; échelle d'anxiété de R. B. Cattell –ANX (mesure de l'anxiété manifeste et de l'anxiété voilée), ...

1.4. Tests de la personnalité: Ils visent l'appréhension totale et dynamique de la personnalité. Ils sont souvent en liaison avec la psychanalyse. Cependant ils sont attaqués au niveau de leur qualité métrologique.

Sous chapitre 3: L'observation telle que nous l'avons adoptée:

Introduction

Divers outils, savoirs et savoirs-être sont utiles et dans notre profession de psychologue clinicien et dans le recueil des données essentielles à notre recherche. On ne peut se fier à notre seul instinct, à notre seule spontanéité.

Elle fait partie intégrante de la méthodologie de projet: comment évaluer une situation existante, un fonctionnement problématique ou une action mise en place.

Elle permet également une meilleure connaissance des enfants accueillis et placés en institution: à quel niveau de développement se situe tel enfant, ou tel groupe d'enfants? Quels besoins cet enfant semble-t-il avoir, par rapport à l'adulte, au groupe, à l'espace, au rythme de la journée? Quelles sont les relations entre les enfants, entre enfants et professionnels?

Observer, c'est « porter attention à ». On apprend à entrer dans le monde du petit enfant, on apprend à comprendre le tout-petit accueilli, afin d'offrir une certaine sécurité dans la relation.

3.1. Plusieurs types d'observations:

Il y a plusieurs types d'observations, selon la position de l'adulte en observation, et selon le sujet de l'observation (un enfant, un groupe ou une activité, une situation).

L'attention observante:

Il s'agit là de quasiment tous nos moments auprès des enfants. Nous restons disponibles pour l'enfant, en interaction avec lui, en jeu avec lui, et attentifs. Ce sont des observations simples, un peu « dans le feu de l'action », sans réelle préparation préalable. Ce genre d'observation peut nous conduire à planifier un temps d'observation plus organisé, plus précis (individuel ou thématique).

L'observation individuelle:

C'est l'observation fine d'un enfant. Sa durée ne doit pas excéder 10-15 minutes. On oublie ce qui se passe autour, on reste concentré sur l'enfant. Ce type d'observation est planifié avec toute l'équipe. Si l'on peut être plusieurs pour observer en même temps, les informations récoltées seront plus nombreuses, plus pertinentes (regard croisé).

On peut parfois avoir besoin d'une observation globale: le temps d'observation correspond alors au temps de présence de l'enfant, au travers des différents moments de la journée.

L'observation thématique:

Dans ce cas précis, les observations doivent être régulières et suffisamment longues pour ne pas avoir une vue erronée de la situation. Leur but est souvent d'améliorer la vie du groupe. On se concentre alors sur 3 points:

Qui est là: quels types de population. De Quel enfant s'agit-il ?

Quel matériel: environnement (salle, portes, fenêtres, coin jeux, éclairage, etc.) et mobilier (chaise, lits, matelas, transats, coussins, placards, tables, etc.)

Règles: comment fonctionne-t-on avec tout cela? Quelles sont les positions des adultes, des enfants? Qui fait quoi, où, comment?

De même que pour l'observation individuelle, il est préférable d'être plusieurs pour observer.

Comment observer d'une manière rigoureuse et attentive ?

Notre souci majeur était d'arriver à mettre un dispositif et un protocole d'observation à même de nous permettre une quantification et une qualification de l'objet à percevoir, c'est-à-dire les mouvements rythmiques chez les enfants placés en institution. Pour ce faire nous avons opté pour la grille d'observation qui présente les caractéristiques suivantes :

Aperçu technique sur les différents types de grilles dites d'évaluation et de suivi :

Les instruments dits d'évaluation peuvent se rapporter aux pratiques développées auprès de certaines populations ou personnes posant un « problème » d'ordre social ou médico-social. Ces instruments peuvent également concerner les personnes elles-mêmes, lorsqu'il s'agit de situer ce qui les caractérise sur tel ou tel plan ou de suivre leur évolution.

L'approche qui est proposée ici est centrée sur ce deuxième aspect : le lecteur pourra éventuellement effectuer certaines extrapolations en ce qui concerne l'évaluation des actions menées auprès de ces populations ou de ces personnes.

Rappelons que les deux fonctions majeures des grilles d'observation ou d'évaluation sont :

1/ Une fonction de sélection des phénomènes à observer :

Elles guident et orientent l'observation.

2/ Une fonction de stockage d'informations :

Elles constituent un support d'enregistrement de données (et parfois d'aide à leur interprétation, lorsqu'elles dégagent un « profil »).

Observer, c'est analyser, décomposer un phénomène.

Peut-on prétendre saisir dans sa totalité et dans sa complexité une réalité donnée ? Certainement pas ! Il est illusoire de penser qu'un découpage de la «réalité » peut être opéré sans s'accompagner d'aucune “déperdition”. D'autre part, en admettant que la chose soit possible, on se trouverait en présence d'une telle masse d'informations que ces dernières s'avéreraient inexploitables : trop d'informations tuent l'information !

On est donc plutôt conduit à “explorer” seulement des parties la réalité.

C'est pourquoi un grand soin doit être apporté à la décomposition du champ à explorer. En effet, sélectionner certains aspects de la réalité conduit nécessairement à faire des choix, à ne retenir que certains éléments et par conséquent à renoncer à d'autres aspects qui seront laissés dans l'ombre et, en quelque sorte, rendus “invisibles” par la suite. Il faut donc s'assurer que les aspects ainsi négligés sont effectivement négligeables... c'est à dire moins pertinents et moins utiles que ceux que l'on aura retenus. Réalité considérée.

Découpage en catégories et sous-catégories :

Les parties en grisé symbolisent les « invisibilisations » (volontaires, mais peut-être aussi involontaires) auxquelles conduit à peu près nécessairement toute décomposition d'un phénomène global.

“Il n'est pas possible de fabriquer de l'événement sans fabriquer du non- événement. Nommer ou voir un objet est ainsi (...) l'introduction d'une discontinuité là où subsiste malgré tout la continuité, le déchirement d'un tissu ou, le contraire, la fabrication du continu et de l'analogie à partir du discontinu.”

Une autre façon d'évoquer les “invisibilisations” qui résultent de toute décomposition consisterait à dire que l'addition des éléments issus de cette décomposition ne permet pas de reconstituer le TOUT initial.

L'observateur est totalement libre. C'est de lui que dépendent :

- Le choix de ce qu'il observera,
- Le choix (conscient ou inconscient) du mode d'approche de chaque phénomène appréhendé.
- Le choix du mode d'enregistrement / transcription de ses observations.

C'est le degré « 0 » de l'outillage. La seule grille qui intervient est celle toute subjective qui est présente (de façon plus ou moins réfléchie ou spontanée) dans l'esprit de l'observateur.

1 L'observateur devra tenir compte d'une liste de points à observer (les variables), mais il reste libre de ce qu'il en dira.

2 L'observateur doit tenir compte d'une liste des points à observer et, de plus, il devra baser ses observations sur des critères préétablis (les points de vue).

Toutefois, il reste libre quant au contenu des observations qu'il livrera ensuite (verbalement, ou par écrit).

3 L'observateur est placé dans les mêmes conditions que précédemment mais, cette fois, il sera tenu de consigner ses observations dans un cadre préétabli ; c'est à dire qu'il sera obligé de choisir parmi les possibilités d'enregistrement d'informations que la grille d'observation lui fournit. L'initiative de l'observateur est alors bien plus limitée. On réduit ainsi (sans toutefois les annihiler) les effets liés à la subjectivité, à l'équation personnelle de l'observateur.

3. 1.1. Les grilles nominales ouvertes :

Pour saisir la réalité que l'on se propose d'observer et de décrire, il est donc nécessaire de la décomposer en un certain nombre d'éléments et par conséquent de nommer ces différents éléments. On obtient ainsi ce qu'on appelle une « échelle nominale ». Les grilles nominales peuvent prendre deux formes principales

Grilles de type inventaire :

On peut se contenter d'une grille de type inventaire (ou encore « check-list »), c'est à dire d'une énumération d'items faite «à plat», sous la forme d'une simple liste (mais qui peut éventuellement être organisée selon un plan en parties et sous parties).

Assez souvent, de telles grilles n'ont pas la prétention d'explorer très largement le champ auquel elles se rapportent, mais seulement quelques uns des éléments jugés les plus significatifs (voir ci-après la notion d'indicateurs).

La notion d'indicateur :

Certaines variables ne peuvent être observées ni totalement, ni directement ; c'est par exemple le cas des sentiments ou des émotions. Dans ce cas, on est amené à sélectionner des phénomènes plus directement et objectivement observables que l'on considérera comme étant significatifs du phénomène à prendre en compte.

Exemple : Pour considérer ce qu'il en est de l'anxiété chez une personne, on pourrait retenir des indicateurs tels que : « La personne est agitée, ne reste pas en place, a des gestes significatifs (tels que tapotements avec les doigts, etc.) », « La personne pose beaucoup de questions », « La personne porte son regard dans de nombreuses directions », etc.

Parler d'échelle nominale est en principe impropre puisque le terme devrait être réservé aux échelles hiérarchiques ; malgré ce, cette appellation est généralement admise.

Grilles en arborescence :

On peut structurer davantage une grille nominale en décomposant chacun de ses éléments en une autre série d'éléments (constituant une nouvelle échelle nominale), et ainsi de suite... On obtient alors une grille en arborescence. Avec de tels outils l'ambition est plus grande : on vise en effet à décomposer en ses différents éléments constitutifs le champ que l'on désire explorer. Il y a là une ambition de saisie certes non exhaustive mais du moins systématisée, approfondie et détaillée des phénomènes que l'on désire appréhender.

La démarche d'élaboration d'une grille en arborescence :

1. Première étape : La décomposition (ou analyse) du champ à explorer conduit dans un premier temps à déterminer les “dimensions” qui le constituent.

Par exemple, le désavantage peut s'explorer par des dimensions comme la dépendance physique, la mobilité, l'insertion sociale, etc.

Ces trois dimensions constituent une première échelle nominale.

2. Deuxième étape : Chacune des dimensions peut elle-même être explorée à travers un certain nombre de « rubriques ».

Par exemple, la dépendance physique peut être explorée par des rubriques telles que : toilette, habillement, alimentation, etc.

Ces rubriques constituent une seconde échelle nominale (par rapport à la dimension considérée).

3. Troisième étape : Le cas échéant, on peut aller plus loin encore dans la décomposition des phénomènes considérés, et les explorer plus finement dans le cadre de sous rubriques, voire même de « sub-sous rubriques »... Il faudra toutefois savoir s'arrêter à un niveau de décomposition raisonnable, sous peine d'aboutir à un instrument trop lourd à utiliser !

A propos du nombre des éléments issus de chaque décomposition :

Le nombre des éléments de chaque branche ou rameau de l'arborescence dépend de l'utilisation de la grille, du champ exploré, etc. Il n'y a donc pas de règles en la matière. Toutefois, pour fixer quelque peu les idées, on peut dire que le nombre des dimensions plafonnera le plus souvent à une dizaine au maximum. Un nombre plus élevé de dimensions n'est pas impossible, mais peut faire suspecter une éventuelle confusion rubriques / dimensions : il faudra se demander si certaines des dimensions envisagées ne constitueraient pas plutôt des rubriques de certaines autres dimensions. Le nombre des rubriques ou sous rubriques est quant à lui beaucoup plus imprévisible et indéterminable a priori : tout dépend des intentions des concepteurs de l'instrument. Cependant, s'agissant des variables terminales (c'est à dire celles qui se situent aux extrémités de l'arbre de décomposition), un instrument comportant plus d'une cinquantaine d'items de cet ordre s'avérera peut-être trop lourd à manier (tant au niveau de l'exploitation qu'à celui du remplissage).

Quant aux invisibilisations :

On peut dire qu'en bonne logique elles seront moindres au niveau des dimensions (voire nulles ou quasi nulles si l'univers à explorer a été défini avec un maximum de clarté et de précision), qu'au niveau des rubriques et sous rubriques. En effet, plus on avance dans la décomposition et plus on est conduit, généralement, à sélectionner des éléments parcellaires parmi tous ceux qui se présentent à l'esprit. Cela provient du fait, signalé plus haut, qu'il faut bien renoncer à saisir la "réalité" dans sa totalité... S'il n'y a pas ou peu d'invisibilisations au niveau des dimensions, c'est parce que celles-ci constituent des catégories générales et même « génériques », alors que les rubriques et plus encore les sous rubriques sont des catégories particulières (particule = petite partie).

Champ à explorer : Dimensions Rubriques Variables

Une grille nominale un peu plus élaborée suppose la sélection de points de vue :

En effet, une grille d'observation guidera davantage ses utilisateurs si elle prévoit non seulement ce qui est à considérer (les variables), mais aussi sous quel "angle", de quel "point de vue" il faut s'y intéresser et en décrire les aspects, les états, les manifestations.

Par exemple, pour l'habillement : la performance (ou capacité instrumentale), l'adéquation aux conditions climatiques (saison, intempéries...), l'élégance ou du moins le respect de certains usages, etc., sont des points de vue possibles.

Bien des points de vue peuvent être adoptés pour explorer des comportements, des conduites, ou les conditions et modalités d'accomplissement de certaines activités, mais leur nombre n'est évidemment pas illimité.

Exemples de points de vue possibles :

La nécessité (ou non) d'une aide pour l'accomplissement d'une tâche donnée.

La facilité d'exécution...

La fréquence d'un comportement.

La régularité.

La permanence / intermittence d'un comportement.

La l'assiduité (dans la participation à tel ou tel type d'activité).

L'efficacité (résultats obtenus).

L'efficacité (importance des moyens mis en œuvre pour obtenir le résultat).

La pertinence (ou adéquation au but visé, aux circonstances).

La conformité à des règles, normes ou usages.

L'étendue (ou amplitude) de réalisation d'une tâche.

La vitesse (célérité ou lenteur).

La méthode (façon organisée ou au contraire désordonnée d'agir).s

La précision.

La dextérité (ou habileté).

Le niveau d'initiative.

Les circonstances dont dépend l'apparition du comportement (ordinaires ou exceptionnelles).

Le degré d'implication, d'intérêt (ou motivation) de la personne concernée, etc.

Il est possible de conserver le(s) même(s) point(s) de vue tout au long d'une grille d'observation (pour l'ensemble des variables considérées) ; mais cela n'est pas toujours souhaitable ou adapté, c'est pourquoi il faut veiller à adopter, cas par cas, le(s) point(s) de vue le(s) plus pertinent(s).

Une grille d'observation peut rester purement nominale et «ouverte» :

Le ou les observateur(s) dispose(nt) alors d'un instrument leur permettant de consigner des observations (descriptions de faits ou d'états de fait, de comportements et/ou de performances, appréciation de capacités, etc.), assorties de commentaires plus ou moins développés et circonstanciés. On peut comparer un tel instrument à un questionnaire qui serait composé uniquement de questions ouvertes. (Des questions sont dites « ouvertes » lorsqu'il n'est pas prévu à l'avance des réponses toutes prêtes, par opposition avec les questions dites « fermées », parce que le choix est alors limité à des « réponses » déjà inventoriées).

En l'état, les utilisateurs de l'instrument sont guidés dans leur travail d'observation (ils savent ce qu'ils doivent décrire), mais la nature et le contenu de leurs observations restent indéterminés.

Les items d'échelles de ce type se composent de simples énoncés ponctués de deux points (:), à la suite desquels l'observateur pourra consigner de façon discursive le contenu de ses observations.

Le principal inconvénient des grilles simplement nominales c'est d'être assez longues à remplir et à dépouiller, c'est pourquoi on est bien souvent amené à les “fermer” (en totalité ou en partie).

3.1.2. Les grilles fermées et les systèmes de cotation:

Certains procédés permettent de “fermer” une grille d'observation de telle sorte que l'observateur soit davantage guidé au moment de l'enregistrement de ses observations.

Le système binaire de type « OUI - NON »

Le point de vue adopté peut consister, tout simplement, à constater et enregistrer l'existence ou l'inexistence d'un phénomène, l'occurrence ou la non occurrence d'un comportement, la réussite ou l'échec dans l'accomplissement d'une tâche particulière, etc....

L'observateur aura alors à pointer en regard de chacune des variables ce qu'il en est de la situation observée, sous la forme d'une réponse du type « oui ou non ».

De telles variables dites « dichotomiques » (c'est à dire ne pouvant présenter que deux états, dont l'un est exclusif de l'autre) peuvent évidemment donner lieu à d'autres formulations que OUI - NON

L'inconvénient du système binaire, c'est son caractère “abrupt” : il ne permet pas de nuancer ou d'affiner l'observation. Il ne faut donc pas l'utiliser abusivement, surtout dans le cas d'une grille destinée à apprécier l'évolution, au fil du temps, des personnes concernées.

Les échelles à choix multiple de type « cafétéria »

Les échelles à choix multiples (dites aussi « cafétérias ») consistent à préjuger des différentes observations possibles et à les mentionner sous la forme d'une liste d'items. L'observateur doit alors cocher le ou les items qui correspondent à ce qu'il a pu réellement observer (ou qui s'en rapprochent le plus). Les échelles de type cafétéria peuvent présenter des formes diverses.

A choix unique (du fait de la formulation de la question, une seule réponse est possible) :

Des quatre GOÛTS suivants, quelle est la saveur préférée par la personne?

1/ SUCRÉ 2/ SALÉ 3/ ACIDE 4/ AMER

De telles échelles peuvent également être appelées « exclusives ».

A choix multiples mais close (la liste d'items est limitée)

MANIERES À TABLE : choisir tous les énoncés qui conviennent

- a) Avale la nourriture presque sans la mâcher.
- b) Mâche la nourriture la bouche ouverte.
- c) Parle la bouche pleine.
- d) Joue dans la nourriture avec ses doigts.
- e) Prend de la nourriture dans l'assiette des autres.
- f) Laisse tomber de la nourriture sur la table ou le sol.

2.2.3. À choix multiple, ré ouverte (la liste d'items n'est pas nécessairement limitée) :

Il n'est pas toujours possible de prévoir toutes les éventualités liées à l'observation de faits réels ; aussi est-il prudent de prévoir un item « Autre(s) » qui permettra de mentionner des données d'information spécifiques ou supplémentaires.

À noter que dans l'exemple qui précède, l'échelle est doublement ré-ouverte : non seulement par la prévision d'un item « Autres formes de loisirs », mais aussi par des questions « Le(s) quel(s) ».

On peut remarquer que les échelles de type cafétéria “fonctionnent” en quelque sorte comme une collection ou une série d'items binaires de type OUI - NON : cocher une case correspond à un « OUI », laisser d'autres cases vides correspond à des « NON ».

Les échelles « ordinales » (...ou comment hiérarchiser les états de la variable) :

Sous l'appellation « échelles d'estimation », les échelles ordinales sont ainsi définies dans le Grand Dictionnaire de Psychologie Larousse :

Procédure permettant à un observateur de fournir une évaluation d'un trait, d'une performance et, de façon générale, d'une caractéristique d'un sujet (...) sur une échelle de mesure (au sens général du terme).

On parle d'échelle ordinale quand plusieurs éléments explorant un domaine donné sont hiérarchisés entre eux de telle façon qu'ils représentent différents "stades" ou "degrés" du processus ou du phénomène considéré (mais sans préjuger de la "distance" séparant chacun de ces stades ou chacun des états de la variable considérée).

Autrement dit, une échelle ordinale est une échelle d'appréciation sur laquelle une relation d'ordre a été établie entre les différents états possibles de la variable. Il est à noter que la mise au point d'échelles ordinales implique nécessairement l'adoption de points de vue ou « critères » en fonction desquels chaque variable pourra varier.

LOISIRS pratiqués par la personne ?

- A. Télévision.
- B. Écoute de musique et/ou chansons.
- C. Lecture.
- D. Cinéma.

Les échelles ordinales « classiques » :

Dans ce type d'échelle (qui est le plus couramment utilisé) tous les items font l'objet d'énoncés explicites.

Les échelles d'estimation :

Avec ce type d'échelle, on fournit à l'évaluateur un segment de ligne droite dont les deux points extrêmes, au moins, sont définis... en lui demandant de marquer la position correspondant à la "mesure" qu'il attribue à l'observation.

L'échelle d'estimation bipolaire :

Seuls les deux points extrêmes de l'échelle sont définis.

L'avantage des échelles de ce type, c'est qu'elles sont assez faciles à construire ; mais elles présentent toutefois l'inconvénient de ne pas expliciter le sens des différents "degrés" ou échelons intermédiaires...

Exemple 1 :

Se repérer dans l'espace connu du quartier ou du village ?

Avec aisance.

Avec quelques hésitations.

Avec d'assez grosses difficultés.

En est incapable.

Exemple 2 : ACHATS

La personne arrive t-elle à se procurer ce dont elle a besoin ?

1° Tout.

2° Une grande partie.

3° Une faible partie (.quel que soit le moyen utilisé : courses par elle même, par un tiers, achat par correspondance, etc.)

4° Pratiquement rien.

L'échelle d'estimation « partiellement référencée » :

Ce type d'échelle est en quelque sorte un "mélange" d'échelle ordinale classique et d'échelle d'estimation bipolaire. On peut voir dans l'exemple fourni ci-après que des degrés intermédiaires sont intercalés entre les énoncés des items extrêmes et médians.

La grille d'où est tiré cet exemple comporte cette recommandation à l'intention de ses utilisateurs :

Pour conserver la sensibilité de cet outil, on n'hésite pas à nuancer nos réponses en cochant la case correspondant le mieux à la position de l'intéressé sur l'échelle.

L'échelle cumulative (ou « Qui peut le plus, peut le moins !») :

On peut en donner la définition suivante :

C'est une échelle de performances ou d'opinions ordonnées de telle sorte qu'un sujet réussissant un item ou marquant son accord à propos d'un item réussira tous les items qui précèdent, ou marquera aussi son accord à propos des items qui précèdent.

Une telle échelle est également appelée « échelle hiérarchique », ou encore « échelle de GUTTMAN », du nom du psychologue et mathématicien américain qui en a défini les modalités de construction. En raison de sa structure et de sa logique, ce type d'échelle est délicat à mettre au point. De par sa nature, l'échelle cumulative suppose en effet une certaine homogénéité, harmonie ou cohérence des opinions, conduites ou capacités des personnes concernées, ce qui ne sera pas toujours le cas au sein d'une population de malades mentaux ou de personnes affectées de déficiences intellectuelles ou même physiques.

Par la réponse donnée dans l'exemple ci-dessus, on signifie que l'humeur de l'intéressé est généralement bien adaptée à la situation du moment.

1/ Son humeur est instable, voire imprévisible, sans rapport avec la situation du moment.

2/ A parfois des sautes d'humeur sans raison apparente.

3/ Son humeur est stable et correspond bien à la situation du moment.

Exemple d'échelle présentée comme « cumulative » :

Cet exemple est tiré des « instructions pour l'évaluation » fournies dans le cadre d'une grille destinée à observer le comportement d'enfants :

“On détermine l'énoncé qui indique le mieux la tâche la plus difficile que l'enfant exécute habituellement, et on grise la case correspondante ainsi que celle(s) qui se situe(nt) en dessous”

Les échelles « cardinales » (ou comment quantifier les états de la variable) :

La quantification est une opération qui permet de mettre en œuvre des nombres cardinaux.

Une échelle « cardinale » est une échelle dans le cadre de laquelle on fait correspondre à chaque état de la variable un nombre cardinal, c'est à dire une quantité ou « score ». Avec une telle échelle, peut être introduite, jusqu'à un certain point, la notion de “mesure”.

Avantages d'une quantification :

L'attribution d'une quantité aux différents états de la variable présente un avantage : elle ouvre la possibilité d'effectuer des opérations arithmétiques et/ou statistiques (addition des différents scores pour aboutir à un score global, calcul d'une moyenne, distribution de scores individuels sur une échelle unique, repérage d'une médiane, etc.). Un autre avantage de la “cardinalisation” des échelles d'une grille est de permettre l'établissement de profils (le terme de profil renvoie à une représentation graphique, en histogramme ou en étoile, par laquelle on synthétise et on visualise certaines caractéristiques propres à la personne observée).

Dans cet exemple, l'enfant examiné boit à la tasse ou au verre, sans aide et proprement (2), mais ne boit pas sans renverser en tenant le verre d'une seule main (3). C'est pourquoi on grise les

Cases correspondant aux numéros 2, 1 et 0.

BOIRE : choisir un énoncé :

4) Boit sans renverser en tenant la tasse d'une seule main et par l'anse.

3) Boit sans renverser en tenant le verre ou la tasse d'une seule main.

2) Se sert des deux mains pour boire à la tasse ou au verre, sans aide et proprement.

1) Se sert des deux mains pour boire à la tasse ou au verre, sans aide mais renverse beaucoup.

0) Ne boit pas seul à la tasse ou au verre.

Problèmes liés à la quantification :

La traduction des phénomènes observés en termes de quantité pose cependant un double problème :

Les intervalles entre les états de la variable peuvent-ils être considérés comme égaux ?

Autrement dit, est-il légitime de prétendre que les différents aspects de la réalité considérée peuvent être échelonnés ou répartis sur la base d'une progression arithmétique régulière (plutôt, par exemple, que sur la base d'une progression géométrique, ou de toute autre progression) ?

Dans l'exemple ci-après, peut-on dire qu'être « assez lent », ce serait agir « deux fois moins vite » que quelqu'un de rapide ?

Y a-t-il lieu de pondérer les différents éléments pris en compte?

La pondération, qui consiste à donner plus de poids à tel ou tel comportement ou à telle ou telle capacité au moment de la quantification des données, n'a évidemment de sens que si l'on est en mesure de justifier de façon théorique ou empirique les critères utilisés et les raisons pour lesquelles on introduit de telles inégalités entre les divers éléments pris en compte.

La question de la pondération des items se pose non seulement au niveau des échelles ordinales et cardinales, mais aussi au niveau des dimensions et des rubriques d'une grille ; c'est un point d'ordre théorique et technique qui a toute son importance, mais qui ne peut être développé ici. Un exemple peut toutefois servir à l'illustrer (exemple pris au niveau « rubriques ») :

Score

1° Rapide 4

2° Assez rapide 3

3° Assez lent 2

4° Lent 1

De Landsheere a écrit à ce propos : “Il n'est pas rare (...) que l'analyse des données obtenues avec des échelles ordinales soit conduite comme s'il s'agissait d'échelles d'intervalle et l'expérience montre que les résultats ainsi obtenus sont souvent loin d'être dépourvus d'intérêt. (...) On traite fréquemment des échelles ordinales comme des échelles d'intervalles. On estime qu'en gros les écarts sont constants. Comme le remarque GUILFORD, les découvertes que cette liberté a permises la justifient a posteriori”.

Exemple : Si, parmi les comportements jugés souhaitables chez un travailleur handicapé pour envisager son orientation vers une entreprise ordinaire, figurent les compétences techniques, la connaissance et le bon usage des règles de la politesse, la ponctualité, l'orientation dans l'espace et le repérage dans le temps, le respect des consignes de travail, etc., va-t-on donner la même importance à chacun de ces paramètres ? Si l'on considère que certains sont plus importants que d'autres, de quel “poids” les affectera-t-on par rapport aux autres ?

Remarques sur des cas particuliers:

Zéro ou pas zéro ?

Que peut-on dire en ce qui concerne l'utilisation (ou non) de la valeur « 0 ».

Cette valeur peut être justifiée lorsqu'elle s'applique à un phénomène totalement absent (exemple ci-dessous), mais est à éviter dans bien d'autres cas, du fait de son caractère péjoratif ; d'autre part, même s'il elle est parfois très faible ou limitée, la performance d'un individu peut elle être considérée comment vraiment nulle ?

Et quant aux scores négatifs ?

Si l'utilisation de « scores nuls » est discutable, que dire alors de l'introduction de « scores négatifs » dans le cadre d'échelles cardinales ? On pourrait être tenté d'en rejeter fermement - et a priori - le principe ! Mais une attitude aussi tranchée n'est pas forcément justifiée : il est des cas où l'emploi de scores négatifs peut avoir sa raison d'être.

Exemple : Dans le cadre d'une grille servant, au sein d'un C.A.T., à apprécier les capacités et comportements des travailleurs (en vue de déterminer le niveau de leur rémunération), l'auteur de l'instrument a prévu des notes négatives pour l'item suivant.

Dans le cas de scores négatifs, la valeur « 0 » peut donc changer de signification : elle ne correspond plus à l'absence d'un phénomène ou d'une capacité, ni au plus faible niveau d'une performance donnée, mais à un cas intermédiaire entre des degrés positifs ou négatifs de comportements ; autrement dit, le 0 correspond alors à une position neutre, telle qu'aucun effet notable n'est produit (ni en bien, ni en mal...).

Est capable d'écrire son nom : OUI = 1 NON = 0

Ce système de cotation permet d'attribuer une note négative (et par conséquent pénalisante) à un travailleur qui non seulement ne respecterait pas le matériel mais, de plus, le détériorerait sciemment.

Un autre exemple d'utilisation de scores négatifs est fourni par Jacques DUTRENIT dans le cadre de son instrument de diagnostic de la «compétence sociale ». Dutrenit, fait intervenir les notions de «contributions » et de « rétributions » (positives et négatives), ce qui le conduit à utiliser des scores positifs et négatifs comme l'illustre l'exemple ci-dessous (où apparaît également la valeur 0).

Les échelles métriques (...ou comment mesurer l'état de la variable) :

Une échelle cardinale devient une échelle métrique lorsqu'il est possible de déterminer la valeur de certaines grandeurs par comparaison avec une grandeur constante de même espèce, prise comme terme de référence (étalon, unité de mesure).

Toutes les « échelles » qui ont été inventoriées jusqu'ici sont de nature « qualitative » ; avec les échelles métriques on entre véritablement dans le domaine du « quantitatif » et par conséquent de la mesure.

Dans le domaine des sciences humaines, ce type d'échelle est plus généralement appelé « échelle de rapports », mais la possibilité d'en établir n'est qu'assez rarement offerte dans le domaine des comportements humains.

Avantages et inconvénients liés aux grilles comportant des systèmes de cotation :

Pour faire bref, on peut dire que les principaux avantages des grilles “fermées” résident dans la limitation des effets de la subjectivité de l'observateur, dans la rapidité de saisie et d'exploitation ultérieure des données d'observation, dans la possibilité (éventuelle) de déboucher sur la mise au point de profils qui facilitent alors l'analyse des données recueillies. Pour ce qui est des inconvénients, ils se situent surtout sur le plan technique et méthodologique : la mise au point d'échelles destinées à enregistrer les états (prévus à l'avance) de chaque variable nécessite un certain nombre de précautions et, par conséquent, un assez gros travail de mise au point par les concepteurs de l'instrument.

Conclusion:

Il ne s'agit là que d'un aperçu de quelques modes de construction d'outils d'observation et/ou d'évaluation.

Bien d'autres questions interviennent ensuite quant à la mise au point de tels instruments : précautions à prendre pour la formulation des items, détermination du nombre en terme de « quantité » mais aussi de « parité » (pair ou impair) des états de la variable [dans le cadre d'échelles ordinales], adoption d'un système de pondération (au sein même des échelles ou au niveau des rubriques, voire des dimensions.), conditions de validation de l'outil d'observation ou d'évaluation, etc. Il y a là un champ d'investigation, certes quelque peu complexe, mais aussi fort riche d'utilisations possibles, que certaines institutions sociales et médico-sociales, certains travailleurs sociaux, certains chercheurs, ont commencé à explorer et à expérimenter.

Sous chapitre 4: Construction de la grille d'observation:

4.1. Rappel succinct :

Il est nécessaire voire capital de décrypter le fait ou le comportement à observer. Pour cela, nous tenterons ci-après de le décomposer, de le cerner dans ses différentes manifestations afin de pouvoir le cerner dès sa manifestation.

4.1.1. Le Head Rolling : (Roulement de la tête)

Comportement observable chez le très jeune enfant lorsqu'il est couché dans son lit. Ul tourne la tête d'un côté et de l'autre, et il peut persister au point de faire disparaître complètement ses cheveux.

4.1.2. Le Body Rocking : (Balancement du corps)

Survient en position assise ou à quatre pattes. Il est fréquent dans la petite enfance surtout au moment du coucher. Sous sa forme sévère, il se produit souvent dans la journée et peut durer des heures.

4.1.3. Le Head Banging (Choc de la tête)

L'enfant semble ne pas manifester de signes de douleur lorsqu'il se frappe ainsi la tête contre une surface dure.

4.2. Notre grille d'observation :

Nous avons adopté tout compte fait une check list en guise de grille d'observation. Elle nous permettra noter la présence d'un fait sans nous intéresser à son intensité.

Ainsi cet outil se présentera sous cette forme :

4.2.1. Pour le Head Rolling :

1/ Identification de l'enfant présentant le symptôme.

2/ Age.

3/ Moment de la journée.

4/ Endroit.

5/Durée du fait.

6/ Nombre de fois ou répétition.

7/ Signes observés.

4.2.2// Pour le Body Rocking :

Spécificité de ce mouvement par rapport au précédent ou critères en plus.

8/ Position dans laquelle survient le balancement du corps.

4.2.3. Pour le head Banging :

Spécificité de ce mouvement par rapport aux deux précédents.

9/ Nature de la surface contre laquelle il « cogne » sa tête. Cas observés au niveau du F.E.A El Milia :

Sous chapitre 5: Nature et état des cas "observés": Nature:

5.1. Cas relatifs au Roulement de la tête :

Premier cas :

1/ A.A (Pour des raisons de déontologie, nous désignons les enfants observés par leurs initiales).

De sexe féminin, 26 mois d'âge au moment de l'observation. Placée à l'âge d'un mois, naît suite à un rapport incestueux.

A sa naissance :

Faible poids (1kilogramme 700).

Laryngomalacie (malformation du larynx).

Bronchiolite aigue.

Hospitalisée à plusieurs reprises jusqu'à l'âge de 8 mois suite à des troubles touchant l'appareil digestif et urinaire.

Etat actuel :

Accuse un retard de développement psychomoteur accentué, trouble du langage, la marche n'est pas encore acquise, hypotonie du tronc, récupération staturo-pondérale.

Cet enfant Présente des troubles très visibles ; Roulement de la tête très accentué et pratiquement d'une manière continue. Selon ses éducateurs, ce mouvement ne disparaît que durant le sommeil.

Deuxième cas :

1/ A.A, de sexe féminin, 18 mois lors de nos séances d'observation, naît suite ç une relation extraconjugale. L'enfant n'a été placé qu'à l'âge d'une année suite à un conflit opposant la mère de l'enfant à sa famille et cela sur décision de justice par le truchement de la DAS de Jijel.

Jusqu'à son placement cet enfant n'a reçu aucun suivi médical

(Même pas les vaccins).

Etat actuel :

Déformation des membres inférieurs due au rachitisme, retard du développement psychomoteur et staturo-pondéral, trouble du langage.

Cet enfant, en plus du trouble du Roulement de la tête qu'il manifeste d'une manière très accentuée et sans discontinuité, fait montre d'un autre trouble associé : il balance aussi son corps mais pas d'une manière aussi visible que le premier trouble.

5.2. Cas relatifs au balancement du corps :

Premier cas :

1/ S.M, DE sexe féminin, 28 mois lors de notre visite et séances d'observation, naît suite à une relation extraconjugale. Placée pratiquement dès sa naissance et placée en nursery pour ictere néonatal. Elle a été suivie médicalement d'une manière rigoureuse jusqu'à guérison totale.

Retard psychomoteur visible, retard du langage.

2/ Semble absente et ne prête pratiquement pas attention à ce qui se passe autour d'elle. Ne semble « intéressée » que par le « rythme » qu'elle impose à son corps frêle et sans « force ». Son balancement lui donne la mesure tant elle ne « montre » aucune « fatigue »

Le balancement de son corps ne disparaît que pendant le sommeil, nous ont confirmé ses éducateurs et l'équipe médico-psychologique.

Deuxième cas :

1/ Y.I, de sexe masculin, âgé de 29 mois lors de son observation. Trouvé abandonné et placé sur décision de la justice par le biais des services de la DAS de Jijel.

2/ Sur le plan médical, présente un retard psychomoteur très accentué associé à un trouble du langage. Ses balancements quotidiens et soutenus « rythme » son monde d'une manière continue et cela jusqu'au sommeil.

5.3. Cas relatifs au « choc de la tête » :

Premier cas :

1/ A.Z., de sexe masculin, âge de 24 mois, suite à une relation extraconjugale. Enfant naît avec un souffle cardiaque : échocardiographie faite en faveur d'une cardiopathie corrigible à l'âge de 6 mois.

2/ Retard moteur et du langage, « cogne » sa tête d'une manière très forte sur toute surface « voisine ».

Il est cependant notable que ce mouvement manifeste une espèce de périodicité. L'enfant se cogne puis laisse passer une période que nous pourrions qualifier de « trêve » ou de « latence rythmique » pour recommencer. Nous avons chronométré ces périodes pour détecter une espèce de synchronisation, mais aucune forme de synchronisation n'a été enregistrée.

Ce mouvement ne disparaît selon l'équipe en place que durant le sommeil.

Deuxième cas :

1/ B.Y., De sexe masculin, âgé de 26 mois au moment de notre présence au FEA. Naît d'une relation extraconjugale et abandonnée après accouchement à l'hôpital, de mère inconnue en dépit des premières recherches entamées dans ce sens.

2/ n'a présenté aucune anomalie sur le plan médical.

Sur le plan psychologique et développe mental en revanche, il souffre de plusieurs retards à l'instar du cas précédent. Ses « cognements » semblent avoir une surface de prédilection : les « montants de son lit. Mais quand il le quitte c'est pour une surface voisine : le mur.

Sous-chapitre 6: Analyse des cas observés à la lumière de notre hypothèse axiomatique :

Il est à remarquer que les 06 enfants observés présentent des troubles « rythmiques » plus ou moins lourds, plus ou moins profonds. Ces mouvements semblent constitués un échappatoire, une forme de substitut à l'absence de la mère. En effet il n'est un secret pour personne que ces enfants ne connaissent pas de mère, ni de père d'ailleurs et que leur seul « horizon » affectif demeure ces personnes à la fois présentes et absentes qui constituent leur monde. Cette dualité absence/présence ne comble en aucune manière leur carence affective d'autant que même la présence elle n'est que de façade.

Ces enfants vivent un double drame psychologique et sociologique sur un double plan : Ils sont carencés et leur carence n'est pas prête de disparaître. Cela tient aussi au manque de formation et d'implication du personnel en présence.

Nous avons pu constater par ailleurs que plus l'âge de l'abandon est précoce plus le trouble est profond et « dangereux » selon notre propre appréciation.

Ainsi il est facilement notable qu'il existe une hiérarchie de ces troubles selon le critère précocité ou non de l'abandon.

Le « roulement de la tête » semble lié à un abandon moins précoce que le « balancement du corps » ou le « choc de la tête ».

Ainsi nous avons relevé une relation très affirmée entre la « sévérité » du trouble et « l'âge de l'abandon ».

Cette sévérité s'établit comme suit :

1/ Roulement de la tête.

2/ Balancement du corps.

3/ Choc de la tête.

Il est notable que ces troubles peuvent « aisément » être associés : Nous faisons l'hypothèse que plus l'abandon est précoce et plus les troubles du développement psychomoteur de l'enfant est « important » plus les troubles rythmiques peuvent être associés.

La taille de notre « échantillon » observé nous a peut être permis de faire « cette remarque » hypothétique mais elle ne nous permet pas d'y répondre. Avec un autre échantillon plus consistant et une observation plus soutenue nous saurons, nous le souhaitons y répondre tantôt.

Sous-chapitre 7: Etat des lieux et proposition d'une prise en charge psychologique des enfants abandonnés, placés en institution et souffrant de mouvements rythmiques:

Prise en charge:

Aucune prise en charge n'est effective, aucune stratégie n'est apte à changer le "sort" de ces enfants abandonnés et souffrant de troubles psychologiques "graves" si un état des lieux ou un audit de l'institution n'est pas réalisé au préalable. Ce que nous tenterons de faire sommairement ci-après.

7.1. Etat des lieux:

Avant de parler et de circonscrire les stratégies de prise en charge des enfants placés en pouponnière, nous avons souhaité faire le tour sur les conditions du milieu de vie et ses avatars dans lequel ils évoluent. Les plus vulnérables des enfants sont ceux qui ne bénéficient plus de la protection familiale, que leurs parents aient été emportés par la maladie ou que la détresse de leur mère ait entraîné leurs abandons (mères célibataires, divorcées.) lorsque la solidarité familiale ou sociale ne joue plus ou mal, les services publics (DAS), et les associations prennent le relais.

1. Le poids de la tradition:

La tradition en Algérie réprime les relations "hors mariages"condamnées par la religion. L'enfant né de ce type de relations est considéré comme un déshonneur pour la famille et n'a pas de statut juridique.

En Algérie, on estime le nombre d'abandon à environ 5000 par an (dans la wilaya de Jijel en moyenne 50 cas par an).

La reconnaissance des droits de l'enfant abandonné et l'amélioration de sa prise en charge joue un rôle très important, l'adoption en tant que telle avec sauvegarde de la filiation n'existe pas dans les pays où l'islam est religion de l'état. En Algérie notamment il n'existe que la kafala qui correspond à une tutelle ou une délégation d'autorité parentale prenant fin à la majorité de l'enfant (18ans). La kafala n'est pas assimilable à l'adoption, mais dans le vocabulaire algérien le mot adoption est utilisé par les parents qui ont un enfant en kafala.

2. Une formation peu développée:

Les enfants en pouponnière courent le risque de carence affectives grave traduite par des signes d'hospitalisme et des handicaps souvent rédhibitoires pour leur adoption, si on ne leur offre pas des soins et un contexte affectif approprié. La prise en charge des nourrissons abandonnés est donc délicate. Elle comporte des exigences techniques (hygiène, asepsie) mais également psychologique (éviter les carences affectives). Une prise en charge pluri disciplinaire est nécessaire, or il n'existe pratiquement aucune formation adoptée, il n'y a pas de formation initiale d'auxiliaire de puériculture. Mais l'intervention repose sur une logique de formation plutôt que de moyen. L'objectif primordial est de former des auxiliaires puéricultures à même d'assurer un développement psychique et équilibré des enfants, afin que ceux-ci puissent être adoptés dans les meilleures conditions. Sur un autre plan, il est nécessaire aussi de faire en sorte que les mères célibataires puissent un jour récupérer leur enfants si elles le souhaitent en apportant une aide à ces femmes en détresse en appuyant leur réinsertion sociale professionnelle (entente familiale et économique se sont améliorées).

3. Comment le problème de l'abandon en Algérie se pose-t-il aujourd'hui?

C'est une question difficile, une question taboue. Avec la fin des années noires, la société respire et devient dans certains cas plus permissive. Le décalage de niveau de vie s'accroît, la prostitution se développe, les jeunes filles venues de l'intérieur du pays sont prises dans une spirale qui les conduit à abandonner leurs enfants.

Ces enfants sont parfois accueillis par les institutions spécialisées à l'instar du FEA d'El Milia. Ces centres ou institutions spécialisées les prennent en charge en attendant leur adoption éventuelle et hypothétique par une famille d'accueil qui ne peut intervenir avant trois mois afin de respecter les droits de la mère biologique, reconnue par la loi algérienne à reprendre son "enfant". Actuellement, dans les pouponnières 30% des enfants sont repris par leur mère. Les parents qui souhaitent adopter un enfant sont de plus en plus nombreux, ce qui révèle peut être un changement de mentalité profond.

4. L'état des enfants dans les pouponnières:

Beaucoup de problèmes sont rencontrés par les assistantes maternelles (nourrices) quelques enfants selon leur déclaration montrent des agitations et des troubles rythmiques, surtout ceux qui sont placés en institution depuis longtemps; ils balancent leur corps, mangent le bois de leur berceau, refusent la nourriture, le lit, etc., ils souffrent d'être séparés de leur mère.

Les enfants abandonnés qui ne reçoivent pas de visite deviennent agités.

5. Le devenir des enfants:

Les enfants placés en institution sont légalement gardés jusqu'à l'âge de dix huit ans. Durant cette période soit leur mère les reprennent (souvent la récupération des enfants s'opère avant 6 ans), soit ils sont adoptés, soit ils sont pris en charge par les services de l'état. La reprise de l'enfant par sa mère est de plus en plus fréquente, je pense à un cas où la mère a fait de gros efforts (procédure judiciaire) pour récupérer sa fille (Z.D).

6. Le travail des assistantes (nourrices) maternelles et leur relation avec les enfants:

"C'est dur d'être nourrice en institution" s'accordent à nous dire toutes les assistantes maternelles car elle pensent qu'elles ne sont pas des mères, mais les enfants les attendent et s'attachent à elles, ils reconnaissent l'odeur de leur nourrice préférée.

Les assistantes maternelles révèlent qu'elles constituent leur point de référence comme leur lit, leurs jouets. Elles aussi s'attachent aux bébés jouent beaucoup avec eux affirment-elles le plus souvent.

Cet état des lieux met l'accent et le doigt sur les carences manifestes concernant le volet prise en charge de "l'enfance abandonnée". Ces carences sont à notre sens dues aux manques de moyens matériels et surtout humains spécialisés aptes à appliquer méthodiquement les directives et recommandations dégagées.

De ce fait, nous prendrons en considération ces insuffisances et déficiences lorsque l'on aura à proposer une prise en charge faisable dans ce qui suivra:

7.2. Proposition d'une stratégie de prise en charge psychologique des enfants abandonnés, placés en institution et souffrant de troubles des mouvements rythmiques:

Ces enfants relevés et observés tantôt doivent être pris en charge d'une manière efficace et efficiente au risque de les voir sombrer davantage dans leurs troubles. Le Foyer d'El Milia ne dispose pas de toutes les commodités et de tous les moyens nécessaires à ce type de prise en charge

tant il présente une plate forme et un personnel en deçà des exigences d'un tel protocole de prise en charge.

Aux fins de pallier à ces manques, nous préconiserons ce qui suivra :

Au premier abord, le service psychopédagogique doit obligatoirement veiller, à travers les tâches qui lui sont attribuées, à jouer ce rôle combien vital qui consiste à améliorer le développement psychologique de l'enfant vivant en milieu institutionnel afin d'éviter les carences affectives et les retards psychomoteurs.

Pour cela il est nécessaire d'assurer une surveillance continue de l'enfant du point de vue santé physique et psychologique.

La prise en charge s'effectuera selon une feuille de route rigoureuse et systématique et comportera :

1/ L'observation.

2/ L'orientation du personnel.

3/ La stimulation des enfants.

1. L'observation :

Elle doit être directe et quotidienne.

Pour cela le personnel des boxes sera sensibilisé afin de rendre l'observation un des moyens les plus efficaces. Les réactions de chaque enfant doivent être le souci constant de tous les membres de l'équipe afin de connaître ses besoins et ses réactions à la vie collective.

2. L'orientation :

Le personnel des boxes n'est pas qualifié pour une prise en charge psychologique adéquate, d'où la nécessité des interventions de spécialistes, psychologues cliniciens de différentes approches, éducateurs spécialisés, psychiatres, etc., même étrangers à l'institution auprès de ces enfants et du personnel résident pour une formation sur le tas en attendant « mieux ».

3. La stimulation :

La stimulation joue un rôle très important dans le développement et l'épanouissement de la personnalité de l'enfant. Sachant que les techniques de stimulation psychomotrices et d'éveil consistent à vérifier que l'enfant, même très jeune, bénéficie d'un enrichissement de l'environnement physique.

La stimulation consiste à disposer des objets variés dans le champ visuel du nourrisson et à les manipuler en dehors des soins de routine. Ceci permettra l'accélération du développement de la coordination visiomotrices et favorisera l'activité des manipulations des objets.

L'utilisation des stimulations auditives correctement réglées et distribuées dans le temps peuvent avoir des réactions de suivie et d'orientation vers la source sonore de plus en plus précisée et de fixation visuelles plus nombreuses dès l'âge de 10 semaines.

Pour la stimulation sensori-motrice la stratégie de prise en charge devra suivre les étapes suivantes :

1^{ère} étape : Jusqu'à 3 mois période l'éducation motrice devra être basée essentiellement sur la décontraction ; caractéristique principale de l'enfant à cet âge là.

2^{ème} étape : de 3 à 6 mois période de gymnastique de préparation à la station assise. L'équipe chargée d'une telle mission saura que son intervention aura une double mission : motrice et cognitivo/affective. Il est bien évident et toutes les théories « génétiques » l'ont démontré que tout chez l'enfant s'étaye au premier abord sur la motricité et les sens.

3^{ème} étape : de 6 à 12 mois, période de mouvement global d'acquisition de la station assise et de la préparation à la station debout.

4^{ème} étape : de 9 à 15 mois et plus – la période de jeu d'acquisition de la station debout et de préparation à l'indépendance.

Il est bien évident que le cadre de la stimulation doit constamment se référer à cette assise théorique scientifiquement validée. Cependant la nature des stimulations peut se contenter d'épouser la forme des moyens dont l'institution dispose dans un premier temps avant d'exiger les plus à même de répondre correctement à la mesure de la stratégie. A titre illustratif, l'institution peut user efficacement de leur « arsenal » didactique et psychologique afin de cerner les enfants en âge d'être dans un jardin d'enfant ou dans des classes du pré scolaire.

Il est évident par ailleurs que pour une stimulation efficace, les règles suivantes doivent être observées :

- 1/ Disponibilité totale du personnel en charge de cette stratégie aux séances de stimulation.
- 2/ Création d'un climat favorable au déroulement des séances loin de tout parasitage et de stimulations inhibant tout progrès de développement.

3/ Evitement de toute forme de discontinuité des séances de stimulation entamées (pas d'interruption).

Sur un autre registre complémentaire il ne faut guère perdre de vue l'importance de l'acquisition du langage et du jeu dans le développement de la personnalité de l'enfant.

Ces deux aspects que doit inclure inévitablement la stratégie de prise en charge suivie nous semble d'une grande importance dans le développement harmonieux de l'enfant placé en milieu institutionnel.

En effet, il n'est secret pour personne que d'affirmer que le langage est un phénomène social. C'est le canal privilégié de la communication et un moyen d'échange d'information, son absence constitue un handicap.

Son acquisition ne dépend pas seulement du degré de maturation et du fonctionnement physiologique de l'organisme mais dépend aussi du contexte socio culturel dans lequel baigne l'enfant. Le premier langage est maternel, les enfants que nous avons observés sont silencieux et font preuves d'un langage sonore appauvri si on le compare aux petits bien stimulés dans leurs familles.

L'absence de la mère est un handicap dans l'acquisition du langage. Ainsi est-il nécessaire de veiller aux réactions sociales et verbales de tous petits enfants placés.

L'équipe chargée de cette prise en charge peut très bien exercer l'enfant à des imitations plus nettes, qui se font d'abord dans le jeu comme accompagnement de certains mouvements.

Nous nous insisterons jamais assez pour que les nourrices, qui se chargent de la toilette et des repas des enfants, ne procèdent pas à ces routines en silence, mais de marquer chaque contact avec l'enfant par une stimulation verbale qui soit accessible à sa compréhension.

Si ces orientations contenues dans cette prise en charge viennent à se mettre en pratique avec beaucoup d'amour et de volonté, nous sommes au préalable sûrs des résultats tangibles qu'elle engendrera.

Il serait illusoire que de compter uniquement sur la bonne volonté du personnel chargé de cette « noble mission », les moyens logistiques adéquats sont aussi le garant de sa réussite.

Conclusion générale:

L'hypothèse qui a constitué le fil conducteur de notre recherche a été à plus d'un égard confirmée et vérifiée. La carence affective est à l'origine de plusieurs troubles chez le jeune enfant carencé, entre autre l'apparition des mouvements rythmiques. Troubles lourds de conséquences sur le présent et le devenir de l'enfant.

Quelle thérapie, quelle prise en charge de quelque nature que ce soit sont elles à même d'aider cet enfant carencé et présentant ce genre de trouble ?

L'enfant placé en institution pourra-t-il sortir de son état ? De quelle manière ? Et l'enfant non placé est-il sur le même pied d'égalité que le précédent ? Peut-on leur appliquer la même approche ?

Des questions qui se posent avec beaucoup de pertinence et d'intérêt nous semble-t-il. Il nous semble que l'absence de la mère est difficilement remplaçable et toutes les théories psychologiques sont unanimes pour confirmer nos dires. Cette remarque, aussi importante soit elle, ne doit pas freiner nos élans dans l'aide de ces enfants, elle aura l'avantage, au contraire de nous booster, de nous pousser vers l'avant pour trouver un moyen, une méthode, une approche, une technique, une conduite, voire des gestes simples pour pouvoir leur apporter un tant soit peu de confort et de bien être.

Il faut, d'une manière prioritaire, axer tous les efforts sur la formation du personnel spécialisé intervenant en milieu institutionnel en accordant une large part à l'apprentissage du « maternage » et des soins à accorder aux enfants surtout en bas âges. Une autre vision serait porteuse de plus d'efficacité à notre sens si la politique du placement et des adoptions est menée à bon escient.

Il est vital de capitaliser les expériences des pays du bassin méditerranéens dans la politique de l'adoption. Pour ce faire et aux fins d'un impact plus grand et d'un résultat plus probant d'associer l'homme de culte. Un débat serein et profond doit être mené tantôt. L'urgence est de mise. Il y va de l'avenir de frange de la population, il y va de l'avenir et de la stabilité de la société.

Les notions de citoyenneté, de solidarité, d'entre aide effective tant galvaudées commencent à ce niveau.

BIBLIOGRAPHIE

Jean Marie DOLLE – Pour comprendre Jean PIAGET.1974, Dunod

Cahiers Vilfredo Pareto, Jean PIAGET – Autobiographie.1966, Genève, Droz, n°10

Ph.MAZET, D.HOUSEL – Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.1993, Editions Maloine

Golse , B :Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Ed.Masson (2eme Ed), Paris, 1989.

ANDRAU R. - Quelques réflexions sur la relation mère-enfant à la suite d'une naissance prématurée ou dysmature. *Psychiat. Enf.*, 1973, 16, 123-178.

ARQUA A. - *Hygiène et prévention médicale chez Ibnou Sina (Avicenne)*. Alger, SNED, 1974.

BON N., BON M. - Relations entre le niveau scolaire des parents et la réussite de l'enfant au PM 47. A propos de 1 000 examens. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1975, 23, 557-575.

BENONY H. (1998), le développement de l'enfant, PARIS,NATHAN.

Boucebci M (1978), Psychiatrie, société et développement, alger,ANED.

Centre International de l'Enfance, 1973.

Fraisse P et piaget J (1976) traité de psychologie expérimentale I , histoire et méthode, paris PUF 4eme édition.

Freud .S (1936) nouvelle conférences sur le la psychanalyse, trad A Berman , paris, Gallimard.

Freud .S (1952), métapsychologie, paris, Gallimard.

Freud .S (1962), trois essais sur la théorie de la sexualité, trad. B reverchon- jouve, paris, Gallimard.

Freud .S (1964), essai de psychologie, trad S JANKELIVITH, paris ,PAYOT.

Freud .S (1966), Totem et tabou, paris, payot.

GESSELL A.(1950) le développement de l'enfant manuel d'instruction pour l'application des testes du professeur , GESSEL, paris PUF

GESSELL A (1953), l'embryologie du comportement, paris, PUF.

GESSELL A(1963), l'enfant de 5 à 10 ans, paris, PUF, 4eme édition.

GEBER M. - Développement de *l'enfant africain*. *Courrier*, 1956, 6, 17-29.

GEBER M. - Etudes du développement en Zambie et en Ouganda. p. 234-238, in CR 11e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la croissance et le Développement de L'Enfant normal

GEBER M., DEAN R.F.A. - Le développement psycho-moteur et somatique des jeunes enfants africains en Ouganda. *Courrier*, 1964, 14, 425-437.

GEBER M. - La recherche à Kampala : comparaison du développement et du niveau scolaire des enfants et adolescents baganda des milieux traditionnel et acculturé. p.229-241, in : CR 13e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Rennes, 1976. Paris, Centre International de l'Enfance, 1977.

GEBER M., DEAN R.F.A. - The psychological changes accompanying kwashiorkor. *Courrier*, 1956, 6, 3-15.

GEBER M. - La recherche sur le développement psychologique et mental à Kampala. P 271-274, in : CR 12e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Paris, 1974. Paris, Centre International de l'Enfance, 1974.

GEBER M. - Développement de l'enfant africain. *Courrier*, 1956, 6, 17-29.

GEBER M. - Etudes du développement en Zambie et en Ouganda. p. 234-238, in CR 11e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la croissance et le Développement de L'Enfant normal, Londres, 1972. Paris, Centre International de l'Enfance, 1973.

GEBER M. - La recherche sur le développement psychologique et mental à Kampala. P 271-274, in : CR 12e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Paris, 1974. Paris, Centre International de l'Enfance, 1974

GEBER M. - La recherche à Kampala : comparaison du développement et du niveau scolaire des enfants et adolescents Baganda des milieux traditionnel et acculturé. p.229-241, in : CR 13e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Rennes, 1976. Paris, Centre International de l'Enfance, 1977.

GEBER M., DEAN R.F.A. - The psychological changes accompanying kwashiorkor. *Courrier*, 1956, 6, 3-15.

GEBER M., DEAN R.F.A. - Le développement psycho-moteur et somatique des jeunes enfants africains en Ouganda. *Courrier*, 1964, 14, 425-437.

KLEIN M, (1972), la psychologie des enfants, 3^e édition remaniée 3^e trimestre, paris, PUF.

LAPLANCHE J et PONTALIS JB , (1977), vocabulaire de psychologie, paris, PUF.

Paiget J (1950), la naissance de l'intelligence chez l'enfant, paris, Delachaux et Nestlé 2eme édition.

Piaget J (1954), la psychologie de l'intelligence, paris, A collin, 7eme édition.

Piaget J (1964) la développement mental de l'enfant, Genève, gorithier.

GEBER M. - Développement de *l'enfant africain*. *Courrier*, 1956, 6, 17-29.

GEBER M. - Etudes du développement en Zambie et en Ouganda. p. 234-238, in *CR 11e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la croissance et le Développement de L'Enfant normal, Londres, 1972*. Paris, Centre International de l'Enfance, 1973.

GEBER M. - La recherche sur le développement psychologique et mental à Kampala. P 271-274, in : *CR 12e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Paris, 1974*. Paris, Centre International de l'Enfance, 1974

GEBER M. - La recherche à Kampala : comparaison du développement et du niveau scolaire des enfants et adolescents Baganda des milieux traditionnel et acculturé. p.229-241, in : *CR 13e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Rennes, 1976*. Paris, Centre International de l'Enfance, 1977.

GEBER M., DEAN R.F.A. - The psychological changes accompanying kwashiorkor. *Courrier*, 1956, 6, 3-15.

GEBER M., DEAN R.F.A. - Le développement psycho-moteur et somatique des jeunes enfants africains en Ouganda. *Courrier*, 1964, 14, 425-437.

II. GREENBERG M., ROSENBERG I., LIND J. - First mothers rooming-in with their newborns : lis impact upon the mother. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1973, 43, 783-788.

HAMZA B., YOUNG H.B. - Socio-economic class différences in respect of physical, mental and motor development during infancy and early childhood in an urban area of a developing country. p. 239-247, in : *CR 11e Réunion des Equipes chargées des Etudes sur la Croissance et le Développement de L'Enfant normal, Londres, 1972*. Paris, Centre International de l'Enfance, 1973.

LAZARD-LEVAILLANT F. - Crèches : réponses au Pr Debré. *Quotidien du Médecin*.13 octobre 1976, 9-10.

Les Modes de Garde des Enfants de 0 à 3 ans. *Cahier de recommandations*. Paris, Editions socialesfrançaises, 1972. LEVINE J., DIATKINE R., VERMEIL G. - La place de l'enseignement préscolaire dans le développement de l'enfant et les problèmes actuels de l'Ecole Maternelle. *Rev. Pédiat.*, 1972, 8, 627-628.

LEVY J. - *L'Eveil du Tout-Petit - Gymnastique du fer Age*. Paris, Seuil, 1972.

MERMILLIOD C., ROSSIGNOL C. - Le développement de l'enfant est-il significatif des modes de garde antérieurs ? *Bull, Statist. " Santé-Sécurité sociale"-*, 1974, n' 2, 105-131.

RAPOPORT D. - Pour une naissance sans violence résultats d'une première enquête. *Bull. Psychoi.*, 1976, 29, 552-560.

RAPOPORT D., LEVY J. - Les conditions de vie du nourrisson sans famille possibilités et limites d'une recherche en pouponnière. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1977, 25, 103-116.

RAPPAPORT R. - Retard de croissance par carence affective. *Concours Méo.*, 1975, 97, 209-210.

Retards de croissance par carence psycho-sociale, références récentes. *Courrier*, 1976, 26, 565.

RINGLER N.M., KENNEL J.H., JARVELLA R., NAVAJOSKY B.J., KLAUS M.H. - MotherIo-child speech et 2 years ; affecte of early postnatal contact. *J. Pediat.*, 1975, 86, 141-144.

ROBERTSON J. - *Jeunes enfants à l'hôpital*. Paris, Le Centurion, 1972.

ROBERTSON J. - *What la bonding ?* London, The Robertson Centre, 1976.

ROBERTSON J. - The psychological parent. *Adoption and fostering*, 1977, 87, 19-22.

SATGÉ P., SOULÉ M. - *L'accueil et la prise en charge des parents dans un centre de néonatalogie*. Paris, Expansion Scientifique, 1976.

SÉNÉCAL J. Croissance et développement psycho-moteur de l'enfant africain.P. 167-168 , in : *Symposium. Le bien-être de l'enfant en Afrique au Sud du Sahara*. Paris, Centre International de l'Entance, 1959.

SOULÉ . - Relations parents-nouveau-né. *Rev. Prat. (Paris)*, 1977, 27, 2167-2174.

Traité de psychologie de l'enfant. Tome 1. Histoire et généralités. Paris, Presses Universitaires de France, 1970.

VALANTIN S. - *Le développement de la fonction manipulative chez l'enfant sénégalais au cours des deux premières années de la vie.* Thèse, Doctorat 3^e cycle, Univ. de Paris, 1970.

WESEL S., VAN GEFFEL B. - Trente mois d'expérience de la " naissance sans violence". *Enfant*, 1977, n° 4, 297-312.

WINNICOTT D.W. - *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1971.

YAKER A.A. - *Contribution à l'étude de la carence affective précoce. Première analyse d'un groupe d'enfants élevés en institution. Etude de 24 enfants abandonnés à la naissance.* Thèse DEA Psychologie, Alger, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, 1975.

ZEMPLIENI A. - Milieu africain et développement, p. 151-213, in : *Symposium Association Psychologie science de Langue française : Milieu et développement.* Paris, Presses Universitaires de France, 1972.

Jacqueline Bideaud, Olivier Houdé, Jean-Louis Pedinielli, *L'homme en développement*, Paris, PUF, 1999.

Boris Cyrulnik - *La résilience et les mécanismes psychologiques de résistance* – conférence au GREP, le 29 avril 1999.

Jacques Gorot – *Dépression et somatisation* - revista portuguesa de psicossomatica – 2001.

Michèle Maury - *La dépression et les carences affectives chez le nourrisson*

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/spitz.htm> -

consulté le 5 février 2006.

www.ressources-psy.com/carences-affectives.htm consulté le 5 février 2006.

www.votre-enfant.com/hospitalisation.htm consulté le 5 février 2006.

Enfance & Familles d'Adoption consulté le 5 février 2006

Résumé

L'enfant carencé en milieu institutionnel est sujet à des troubles psychopathologiques, dont le body Rocking, le Head Rolling, et le Head Banding réunis sous l'appellation :

Mouvements rythmiques qui interpellent l'équipe à charge de lui prodiguer les soins tant médicaux que psychologiques.

Le présent travail aborde cette question et repose au plan théorique sur deux chapitres : l'un portant sur le développement normal de la personnalité selon différents auteurs (Piaget, Freud, Wallon, Spitz, etc.)

Le second sur les carences affectives et les troubles qui en résultent : L'accent y est mis principalement sur les mouvements rythmiques.

Au plan pratique on y retrouve outre l'hypothèse de travail, les aspects méthodologiques et l'outil d'investigation retenu (l'observation), du cadre de l'étude foyer des enfants assistés El Milia (FEA).

L'analyse des données recueillies et les modalités de prise en charge psychologiques des enfants carencés.

Mots clés : Mouvements Rythmique, Prise en charge psychologique, Carences affectives, Foyer des enfants assistés El Milia (FEA).

ملخص:

يتعرض الطفل المحروم عاطفيا و القائم في وسط مؤسستي إلى اضطرابات نفسية مرضية، منها :
تأرجح الجسم، دوران الرأس و ضرب الرأس التي تعرف بالحركات الإيقاعية، والتي تدعو الفريق المختص على تقديم الطفل
العناية الطبية و النفسية على حد سواء.

يتطرق هذا البحث إلى هذه المسألة، التي تتركز نظريا على محورين:
المحور الأول: خاص بالنمو السوي لشخصية الطفل كما جاء على يد علماء من بينهم: بياجى، فالون، فرويد، سبيترز... الخ.
المحور الثاني : خاص بالحرمان العاطفي، و ما ينجم عنه من عواقب سلبية.

أما تطبيقيا فإلى جانب فرضية العمل و المنهجية، هناك أداة الاستقصاء (الملاحظة)، مع تقديم الإطار المكاني الذي تم فيه
البحث (دار الطفولة المسعفة بالميلية)، فضلا عن كفاءات التكفل النفسي بالأطفال المحرومين عاطفيا.

الكلمات الحاكمة: الحركات الإيقاعية، التكفل النفسي، الحرمان العاطفي، دار الطفولة المسعفة.