

*UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES*

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

*Le Traumatisme psychique chez les enfants assistés
Etudes clinique de quatre cas au foyer pour enfants assistés
de Sétif*

Réalisé par :

Melle TOUNSI Lynda

Melle SLIFI Souad

Encadré par :

Mme HADERBACHE .L

Année Universitaire

2013-2014

Remerciements

Au terme de ce travail, j'exprime toute ma gratitude et ma reconnaissance à ceux et à celles qui m'ont apporté leurs aide et leurs conseils toute au long de mon travail.

Je remercie ma promotrice Mme Haderbach pour ces conseils et ses orientations qui m'ont permise de mener à bien ce projet.

Je tiens à remercier ma sœur Louiza pour son aide précieuse et ses chaleureux encouragements.

Il m'est aussi agréable de remercier le directeur et tout le personnel du foyer pour enfants assistés de Sétif pour avoir consacré leur temps pour nous.

Enfin, mes remerciements vont à mon oncle Mohamed enseignant à l'université de Bejaia pour ses précieuses recommandations.

Lynda

Remerciements

Je remercie tout d'abord Dieu tout puissant de m'avoir donné la force et la connaissance pour accomplir une action qui lui plaise.

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, je remercie, ma promotrice « Mme HADERBACHE. L » pour ses conseils, ses contributions, et son soutien affectif pendant la période d'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également « Mme MEBAREK. T » pour sa générosité et son aide.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à « Mr HADDAD. N » de nous recevoir dans son établissement.

Mes sincères remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des enseignants de l'université A.Mira de Bejaia, plus précisément la faculté des sciences humaines et sociales, pour la qualité de formation et d'encadrement dont j'ai bénéficié tout au long de mon cursus.

Parallèlement, je dois témoigner d'une marque de reconnaissance envers les membres de jury pour l'effort d'évaluation de ce travail de recherche.

Je remercie tout le personnel du foyer pour enfants assistés de Sétif pour avoir consacré leur temps pour nous. Sans oublier ces enfants, je leur souhaite la réussite et le bonheur.

Souad.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à
La mémoire de mon très cher père « Abdellah » et à
celle de mon oncle « Ahcène » qui resteront présent
éternellement dans mon cœur.

Ma chère mère pour ses encouragements et
d'avoir été toujours à mes côtés, ma sœur Louiza
mes deux frères Salim et Lounis pour leur soutien.

Mon cher oncle Mohamed qui ma beaucoup
soutenu, a mes oncles Omar, Hocine, Amar, mes
tantes, mes cousins, mes cousines et a toute la famille
Toussi grand et petit.

Tous mes amis en particulier : Dihya
Hakima, Meriem, Souhila, Chafia, Cilya, Nawel
Aniss

Merci a vous

Lynda

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail aux personnes les plus chères. Tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection à mes parents qui se sont donnés plusieurs années d'amour et de sacrifices, ils ont été toujours là pour moi et qui me donnent un magnifique modèle de labeur et de prévenance, j'espère qu'ils trouveront dans ce travail toute ma reconnaissance et mon amour.

Mon cher papa, ma chère maman si vous saviez combien je vous aime.

Que Dieu vous garde pour moi.

A mon cher frère Djamel, je te souhaite une belle vie et plus de succès.

A mon adorable sœur Kenza, je te souhaite plus de succès dans ta vie.

A mes chers grands parents (jeddi hmed, yemma hwa et yemma wiza) je vous souhaite une longue vie.

A mon cher cousin Rabah, je te souhaite tout le bonheur du monde et plus de succès dans ta vie.

A tous mes oncles, mes tantes et leurs enfants sans exceptions, et particulièrement Katia, Nawel, Celya, Tahar, Mouhand et Massi.

A mes chères copines Nabila, Nassima, Sabiha, Anissa, Samira, Wahiba, Nacira, Celya, Chafia et Sabrina.

A tous ceux et celles qui m'ont aidé d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

Souad

Liste des abréviations

CIM	Classification Internationale des Maladies.
CFTMEA	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.
DAS	Direction de l'Action Sociale.
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.
FEA	Foyer pour Enfants Assistés.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
TAT	Thématique Apperception Test.
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Liste des tableaux

Numéro du tableau	Titre du tableau	Page du tableau
1	récapitulatif de l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe et de l'âge du sujet.	42
2	Les caractéristiques du groupe de recherche.	48
3	Evaluation quantitative des procédés présents du cas Mehdi.	70
4	Evaluation quantitative des procédés présents du cas Nassim	83
5	Evaluation quantitative des procédés présents du cas Bilal.	94
6	Evaluation quantitative des procédés présents du cas Walid	107

Sommaire

<i>Introduction générale</i>	1
<i>Problématique et Hypothèses</i>	3
<i>Partie théorique</i>	9
<i>Chapitre I : Enfance et assistance</i>	9
Préambule.....	9
I.1)- Définition des concepts.....	11
I.2)- L'abandon en Algérie.....	12
I.3)-L'abandon en psychanalyse.....	13
I.4)-L'abandon dans les autres classifications	15
I.5)-L'abandon selon les auteurs algériens.....	16
I.6)- Les causes de l'abandon.....	17
I.7)- Le vécu de l'abandon.....	19
I.8)-Les conséquences de l'abandon.....	19
Conclusion du chapitre.....	20
<i>Chapitre II : Le traumatisme psychique chez l'enfant</i>	20
Préambule.....	20
II.1)- L'attachement normal.....	21
II.1.2) Les troubles de l'attachement.....	22
II.2.3) L'affectivité normale.....	24
II.4) Le traumatisme psychique.....	26
II.4.3) Le traumatisme psychique chez l'enfant.....	28
II.5) L'enfant placé en milieu institutionnel et le traumatisme.....	28
Conclusion du chapitre.....	29

Chapitre III : La représentation de soi

Préambule.....	30
III.1) Définition de la représentation.....	30
III.1.1) Définition du soi.....	31
III.1.2) Définition de la représentation de soi.....	31
III.2) Le narcissisme.....	32
III.3) L'image du corps.....	32
III.4) L'identité	33
III.4) L'identification.....	34
III.5) La représentation de soi chez l'enfant.....	35
Conclusion du chapitre.....	36

Chapitre IV : La partie méthodologique

Préambule.....	37
IV.1) Définition des concepts et leur opérationnalisations.....	37
IV.2) La démarche de la recherche et le groupe de recherche.....	39
IV.2.1) La pré-enquête.....	39
IV.2.2) La méthode clinique.....	39
IV.2.3) Présentation du lieu de recherche	40
IV.2.4) Le groupe de recherche.....	41
IV.3) Les techniques utilisés.....	42
IV.3.1) L'entretien clinique semi directif.....	43
IV.3.1.5) Le guide d'entretien avec le personnel et l'enfant.....	45
IV.3.2) Le TAT.....	47
IV.4) L'analyse des techniques utilisés.....	50

IV.4.1) L'analyse de l'entretien clinique semi- directif	50
IV.4.2) L'analyse du TAT.....	51
IV.4.2.4) Le traumatisme psychique à travers le TAT.....	58
IV.4.2.5) La représentation de soi à travers le TAT.....	58
Conclusion du chapitre.....	59

Partie pratique

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

V.1) Cas Mehdi.....	60
V.2) Cas Nassim.....	72
V.3) Cas Bilal.....	86
V.4) Cas Walid	98

Chapitre VI : Discussion des hypothèses

Conclusion générale

Listes bibliographiques

Annexes

Introduction générale

La famille est la cellule de base de toute société elle est censée être un groupe rassurant qui procure à chacun la sécurité et le bien être. Le rôle des parents est primordial dans le développement social, physique et affectif de l'enfant. Cependant, lorsque la fonction de parentalité s'avère défailante certains d'eux optent pour l'abandon et le placement en assistanat.

En effet, la pratique de l'abandon a existé et existe dans toutes les sociétés. Ce phénomène a honté la mémoire collective et constitue une des imperfections de l'humanité. (B.M.Mimouni, 2001, p17).

L'abandon de l'enfant constitue un déni de son existence, une forclusion de son identité et un infanticide direct ou indirect.

Dans certain cas l'abandon peut avoir des effets néfastes sur le psychisme de l'enfant et peut engendrer ainsi un traumatisme psychique qui se caractérise par un afflux d'excitation excessive relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations. Notamment un psychotraumatisme réactionnel de type surtout émotionnel laissant ainsi un trou béant.

Dans cette recherche portée sur le traumatisme psychique chez l'enfant assisté, nous avons réparti notre recherche comme suit :

En premier lieu, une introduction générale et la problématique où nous avons proposé des hypothèses que nous allons confirmer ou infirmer à la fin de notre recherche.

En second lieu, une partie théorique qui comprend trois chapitres :

Le 1^{er} chapitre : intitulé enfance et assistance ; dans lequel nous évoquerons les définitions, le vécu, les causes, la symptomatologie et les conséquences de l'abandon.

Le 2^{ème} chapitre : intitulé traumatisme psychique ; dans lequel nous évoquerons l'attachement, l'affectivité, carence des soins maternels, le placement de l'enfant en milieu institutionnel et le traumatisme psychique.

Le 3^{ème} chapitre : intitulé la représentation de soi ; dans lequel nous évoquerons les définitions des composantes de la représentation de soi et la nature de cette dernière chez l'enfant.

En troisième lieu, le chapitre méthodologique qui comporte : les définitions et l'opérationnalisation des concepts, le groupe et le lieu de recherche ainsi que les techniques utilisées et leur analyses.

En quatrième lieu, la partie pratique qui comprend : présentation et analyse de l'entretien avec le médecin, les éducateurs, psychologue et l'enfant et le test projectif T.A.T ainsi que la discussion des hypothèses.

Nous achevons notre travail de recherche par une conclusion générale suivie de nos références bibliographiques et des annexes.

La Problématique

La famille est l'ensemble ou la succession des personnes unies par le lien du sang, de la génération ou le lien du mariage.

Elle reste le milieu favorable par excellence pour l'éducation des enfants ,des premiers apprentissages sociaux , des premières identifications et le lieu sécurisant et protecteur pour l'enfant ,ainsi les parents apparaissent comme des agents indispensables et irremplaçables de l'œuvre du développement , le rôle de la mère reste vital, source de bien-être et de satisfaction d'amour assure la construction de la personnalité de l'enfant , sa confiance en soi et la prise de conscience de son individuation.

La vie familiale demeure un creuset où se nourrit l'expérience intime d'autrui et elle continue d'offrir la trame affective.

Certes, la vie familiale peut offrir un lieu de sécurité, seulement elle est parfois terrain de destruction et de souffrance pour l'enfant. Elle peut être marquée par l'absence ou l'indifférence du père et d'une relation interrompue immature tronquée et d'une extrême insuffisance de la part de la mère. Au carrefour de la misère socioculturelle et du rejet affectif, des faits dramatiques saillant de sa petite enfance passé sous silence, des séparations précoces et une prise en charge à éclipse, entraînant ainsi la démission du couple parentale où l'enfant se retrouve livrer à son propre sort et abandonner définitivement.

Désormais, ce dernier devient un objet de sollicitude et une victime innocente de son histoire mutilée.

Cependant, d'un point de vue historique, le phénomène d'abandon se rencontre à toutes les périodes et dans la quasi-totalité des sociétés du monde. Le Dictionnaire de psychiatrie « Manuel Alfabétiques » d'écrit l'abandon comme : « *L'absence, le relâchement ou la rupture d'un lien affectif de soutien entraînant le plus souvent la faillite des obligations morales ou matérielles qui s'y trouvent rattachées.....le désarroi moral le préjudice social souvent causés à la victime sont des conditions propices à l'éclosion chez cette dernière de troubles névrosiques ou psychotiques réactionnels, trouble dont l'intensité, la durée et les*

répercussions lointaines varient suivant les sujets et les circonstances ». (A. porot, 1975).

Ce qui nous a incités à traiter le phénomène d'abandon c'est bien qu'il est considéré comme un sujet tabou, mais on sait que ces enfants existent. Cette population d'enfants abandonnés fait partie de la vie quotidienne et continue de prendre de l'ampleur. En effet, l'Algérie a enregistré après l'indépendance un chiffre de 246 enfants abandonnés (M. Boucebci et A. yaker, 1976), durant les années soixante-dix, le chiffre enregistré atteint 3246 enfants abandonnés. (Ibid.) durant l'année de 2007, le chiffre atteint les 4000. Ainsi le caractère extrêmement heuré de leur histoires, les défaillances importantes de l'environnement affectif et socioculturel, les séparations précoces, le rejet affectif et notamment le fait que ces enfants nourrissent une souffrance peut démonstrative, nous a amené à interroger la question du traumatisme psychique chez ces derniers.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la théorie psychanalytique, vu qu'elle correspond à notre sujet de recherche, elle éclaire sur la question du traumatisme précoce, la carence parentale, le rôle des figures parentales et l'importance des relations précoces. On va s'appuyer sur un entretien clinique semi directif qui suit un guide d'entretien que nous avons élaboré par nous même, ce dernier s'adresse au médecin, éducateurs et psychologue. ainsi que le test projectif TAT (thématique apperception test) qui permet de déceler des signes du vécu traumatique, indicateur de la représentation de soi et de ses composantes (image du corps, identité, identification) et explore finement l'univers relationnel du sujet dans ses mouvements identificatoires et de perte d'objet.

A présent, nous allons aborder certains auteurs qui ont étudié les répercussions de la séparation précoce sur le développement de l'enfant et parmi ces répercussions on cite le traumatisme psychique.

En premier lieu, le fondateur de la psychanalyse S. Freud est le premier à avoir parlé sur le traumatisme psychique. Lorsqu' il décrit les réactions du nourrisson devant la séparation, il marque la différence entre les séparations précoces et durables, seul la répétition d'expériences rassurantes lui enseigne que cette absence n'est pas définitive et lui permet de stabiliser en lui une image investie, ce que Freud illustre par un exemple dans son ouvrage « Au delà du principe de

plaisir » ; à travers le jeu de son petit fils âgé de 18 mois, qui s'intéresse à faire apparaître et disparaître une bobine attachée au bout d'un ruban. Il accompagne son jeu répétitif de prononciations significatives : « fort » Parti, « Da » : le voila. Freud à son tour traduit ce jeu : l'enfant joue à répéter l'alternance présence /absence de la mère et réussit de la sorte à dominer l'angoisse de séparation en la symbolisant par le jeu, avec l'avantage secondaire que c'est lui qui maîtrise la situation en se faisant le maître de jeu.

En second lieu, S.Firenczi privilégie à son tour la présence d'une série de microtraumatismes, résultant du carrefour ou du désintérêt parental, de l'indifférence de la mère face à l'angoisse, aux expériences corporelles et psychique singulières de l'enfant, à ses questions, ses inquiétudes, ses désires et à son impossibilité à lui prêter une réalité psychique différente et proche à la fois de la sienne. C'est cette défaillance qui va créer un terrain favorable à l'émergence de traumatismes plus importants, écrans et catalyseurs des traumatismes antérieurs insaisissables dans l'après-coup. (F.G.Carrière 2001,124).

En troisième lieu, Germaine Guex estime que l'abandon devient traumatique lorsqu'il rencontre un terrain particulier, nettement intolérant à l'égard de la frustration affective et prédisposé à l'angoisse. Elle postule que l'abandon devrait être rapporté à « une perturbation du moi ». Dans son ouvrage « névrose d'abandon », elle constate que les personnes privées très précocement d'amour pouvaient devenir des sujets tantôt avides d'affection, toujours en quête affective dépendant sur le plan affectif, revendicatifs et toujours insatisfaits vivant dans une recherche perpétuelle. (G.Guex, 2011,124) Comme si l'enfant abandonné se sentait coupable et avait mérité cet abandon parce qu'il aurait été non aimable, non digne d'amour, il développe une image dévalorisée de lui-même, et par ses provocations ses transgressions et ses agressions il posera sans cesse cette question : est ce que vous m'aimez quand même ? Par ce comportement masochiste et destructeur, il risque de provoquer à nouveau le rejet et l'abandon, même par les personnes les mieux attentionnés .la question des origines est une question cruciale pour l'enfant abandonné. (Ibid.)

En quatrième lieu, D.Winnicott notait que chez l'enfant antisociale le choc de l'abandon suspend les facultés vitales, les paralyse sans les détruire. il s'agit d'un

sommeil des sens semblables à la mort, mais qui n'est pas la mort en elle même .les enfants semblent frappés de sidération, perdent les capacités et les apprentissages acquis (la marche, la propreté, l'acuité visuelle) et traversent même un état confusionnel aigu, le trauma ayant provoqué une frayeur qui ne saurait être du registre de l'éprouvé et qui va persister sous forme d'une catastrophe menaçant le moi dans le futur.

Ce manque à éprouver s'accompagne d'un malaise de vie, de déplaisir, que l'enfant manifeste dans la rencontre par un comportement apathique ou instable et incohérent. (F.G.Carrière, 2001.p39).

En cinquième lieu, R.Spitz et Bowlby ont étudiés les répercussions graves sur le développement psychique de l'enfant, des séparations trop précoces et des placements en institutions d'enfants privés de leur famille.

Pour R.Spitz ,la dépression du bébé est un désordre thymique d'évolution aigue consécutif a une rupture prolongée du lien maternel s'exprimant par une atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vitales .il s'agit du nourrisson (de plus de six mois) qui après avoir bénéficié de lien privilégiés avec leur mères en sont séparés et placés dans une pouponnière dépendante d'un centre pénitencier ou a été incarcéré leur mères délinquantes.(C.Benay et B.Golse,2008,p68).

L'hospitalisme correspond à un état de carence relationnelle et affective prolongée, pouvant amener l'enfant à la mort dans les plus graves. (Ibid.)

Ensuite, Bowlby considère les différences réactionnelles entre les enfants placés en institution dès leur tendre enfance et ceux qui s'y retrouvent l'ors d'une séparation plus tardive .Bowlby, note des réactions violentes, un désespoir et une déception consécutive à la séparation d'autant plus aigue que ces enfants ont connu des relations positives avec leur mères. Il écrit « ceux qui ont joué des liens affectifs les plus intimes et les plus heureux avec leur mère semblent être les plus atteints. Ceux qui ont été élevés en institution et qui n'ont pu identifier d'image maternelle permanente n'ont aucune de ces réactions. Leur développement affectif a déjà été lésé.il note un état d'abattement, de résignation apathique, chez ces derniers, alors que ceux qui ont conservé des souvenirs ou des liens avec la mère sont révoltés instables, agités et sujets à des crises dépressives. (F.G.Carrière, 2001, p25).

En outre, Ainsworth a mis en évidence en 1978 trois types d'attachement du nourrisson qui sont :

L'attachement sécurisant ou (sécure), L'attachement insécurisant organisé de style résistant ou insécure ambivalent ou résistant et L'attachement insécurisant organisé de style résistant ou insécure ambivalent ou résistant.

A son tour, S. Lebovici à travers ses travaux sur l'interaction entre mère et Enfant, dont laquelle il décrit les phases suivantes :

1)-Les interactions comportementales, les interactions affectives et les interactions fantasmatiques.

Le traumatisme psychique chez l'enfant va s'exprimer à travers des manifestations, qui sont comme suit : dépression anaclitique, troubles dépressifs manifestations somatiques, dépendance anxieuse, hyper vigilance, conduites agressives, troubles du comportement, symptômes post traumatiques, conduites auto-agressive. (H.Romano, E.Verdinal, Gauteur, 2011,16)

D'après une étude réalisé pour le ministère de la solidarité nationale avec le soutien de l'Unicef ayant pour titre : « les foyers pour enfants assistés ». Elle met en exergue les effets des carences de soins maternels, ainsi que les conséquences vulnérabilisantes sur la santé de l'enfant qui consiste en un ensemble de pathologies organiques, psychosomatiques et psychiatriques graves. Ces résultats ont été confirmés en Algérie. (B.M.Mimouni, 2006, p67)

Cette étude met en exergue une relative stabilité des abandons d'enfants dans les institutions depuis les années soixante dix : une moyenne de 3000 milles enfants passe chaque année par les institutions de l'état, et montre aussi la gravité de la situation de ces enfants et leur défavorisation dès leur départ de ces institutions d'accueil. (Ibid. ,69).

Toute séparation précoce est donc un traumatisme difficilement intégrable pour le psychisme des enfants qui ne peuvent ni l'accepter ni y donner sens, et les commentaires ou explications « rationnelles » qu'il est souvent souhaitable de proposer, sont de peu d'aide pour diminuer leur souffrance psychique.

Ainsi, l'impossibilité de supporter la séparation est due en grande partie à l'incapacité d'évoquer en pensée, de se représenter le couple parentale en son absence. (K. Sadlier, 2001, p 1)

On tentera aussi de démontrer la présence d'un traumatisme psychique à travers l'atteinte de la représentation de soi. Cette dernière se situe au carrefour des expériences corporelles et relationnelles, des investissements narcissiques et objectaux, englobe l'image du corps, l'identité et les identifications. Selon Anne Singlade, la représentation de soi est comme « *un contenant fantasmatique du sujet, manifestation de son unité et de sa cohérence, reflet de son niveau de développement et de ses investissements narcissiques, agent premier de la relation* ». Dans le cas de l'enfant assisté, les relations avec les parents influencent la perception de l'enfant et aura de la difficulté à se construire une image de lui consistante et qui va correspondre à une image mauvaise, défailante et marquée de démission face aux menaces provenant de l'extérieur.

Dans le cadre de notre recherche on pose les questions suivantes :

- L'abandon crée t-il un traumatisme psychique chez les enfants?
- Quelle est la nature de la représentation de soi chez les enfants assistés ?

Pour répondre à ces questions les hypothèses suivantes sont avancées :

Hypothèses

- L'enfant assisté se situe dans une dimension de traumatisme psychique. C'est- à dire que l'assistanat est une conjoncture traumatique pour l'enfant.
- La nature de la représentation de soi est mauvaise.

Partie
Théorique

Chapitre I
Enfance et assistance

CHAPITRE I : ENFANCE ET ASSISTANCE

Préambule

La famille est l'unité de base de toute société. Elle représente l'union socialement reconnue d'un homme et d'une femme qui vivent avec leurs enfants. Certains de ces enfants ne connaîtront jamais « la famille » suite à leurs abandons. Ce chapitre est consacré à la définition des concepts théoriques liés à l'enfance et son assistance, centrés autour de l'abandon, ses causes et ses conséquences et une brève synthèse des travaux des auteurs algériens liés à ce phénomène.

I.1)-Définition de concepts clés

I.1.1)- Définition de l'enfant

- L'étymologie du mot enfant vient du latin. *Infantia* ce qui veut dire le défaut d'éloquence. En psychanalyse, *infans* désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité. L'enfant désigne ainsi la période de vulnérabilité et d'insuffisance durant laquelle l'adulte va exercer sa protection et son pouvoir. L'enfant est le plus immature à sa naissance, le plus fragile : c'est le phénomène de néoténie, son incapacité à survivre par ses propres moyens aboutie à une très grande dépendance à l'égard de son environnement, cette dépendance absolue à un substrat physiologique. (Geopsy.com, p2).

- L'enfant est un être humain dont le développement se situe entre la naissance et la puberté. (S.Laarabi, 2007).

- L'enfant n'est pas un adulte en miniature et sa mentalité n'est pas seulement différente quantitativement, mais aussi qualitativement de celle de l'adulte, de sorte qu'un enfant n'est pas seulement plus petit, mais aussi différent. (Claparede, 1937).

- L'enfant, de par son statut même, est en perpétuelle évolution, à la recherche d'un équilibre toujours remis en question, et ceci aussi bien du fait des lois inhérentes à sa croissance que de l'impact des conditions environnementales ainsi que tous les événements auxquels il peut être confronté et qui peut soit conforter, soit attaquer son narcissisme. (N.Jeammet, 2006, p77).

- L'enfant est défini comme tout être humain de moins de dix huit ans, sauf si la loi nationale accorde la majorité plus tôt. (Convention internationale des droits de l'enfant, UNICEF, 1990, p6).

- L'enfance est un stade de développement humain précédant l'adolescence puis l'âge adulte. Cette étape se décompose en plusieurs stades : nouveau né nourrisson, puis petite enfance. (C.Bergson, 1996, p80)

I.1.2)- L'infantile en psychanalyse

Le concept d'infantile est né avec la psychanalyse ou avec la découverte de la sexualité infantile par Freud, il a fait passer l'observation des phénomènes psychiques du niveau conscient au niveau inconscient. L'enfant que l'on regarde dans la réalité, l'enfance dont on se souvient attire la réflexion sur des processus de secondarisations qui ne font pas la spécificité de l'infantile tel qu'il est découvert au sein de la situation analytique elle-même. L'infantile est donc ce qui traduit une strate de la vie psychique aussi inaccessible à la conscience que le fonds inconscient qui l'habite, et qui, cependant sert de point model permettant d'effectuer des allers retours entre le passé et le présent.

L'infantile n'est pas observable on ne l'est qu'en reconstruction et en après coup. L'infantile constituerait alors une charnière de remaniement des fantasmes originaires. (Alain de Mijolla, p816).

L'infantile « structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinale son haineuses qu'épistémophiliques. L'infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un autre. Irréductible, unique, et par la même universel, l'infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les développements de sa bisexualité psychique organisé par l'œdipe ». (Guiguard FI, 1996).

I.1.3)-Définition de l'assistantat (abandon)

Le Décret n° 80-83 du 15 mars 1980, modifié et complété, portant création, organisation et fonctionnement des foyers pour enfants assistés. L'établissement pour enfant assistés est chargé, notamment :

- D'assurer l'accueil et la prise en charge psychoaffective des enfants assistés.
- De faire suivre médicalement les enfants pris en charge.

- D'assurer aux enfants l'épanouissement et le bien être nécessaire à leur développement socioéducatif.
- De favoriser le placement familial des enfants.
- De soutenir et d'accompagner les familles d'accueil. (Décret exécutif n° 2008-305,2008).

Le journal officiel de la République Algérienne n°5, 2012 définit l'assistantat comme suit : « *Les établissements pour enfants assistés sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière* ».

Le dictionnaire de la psychologie définit l'abandon comme suit : « *Action de délaisser un être, de ne plus s'en occuper, de s'en détourner. Toute situation qui distend ou rompt des liens affectifs peut être vécu comme un abandon. Par exemple, le placement en pension d'un écolier difficile suscite, habituellement, chez celui-ci l'impression d'être laissé sans soutien dans un milieu hostile, voire dangereux. Chez l'adulte aussi la désapprobation par une personne chère, la rupture ou le retrait d'amour, l'éloignement ou le décès d'un proche, parent sont susceptibles d'être vécus comme autant d'abandons. Le sujet peut réagir par l'accablement ou l'agressivité, l'évènement présent joue un rôle de révélateur ; ayant réactivé des expériences infantiles pénibles. Il fait apparaître la structure psychique latente et peut engendrer des conduites névrotiques* ». (N.Sillamy, 2003, p1).

Le terme abandonnite désigne à la fois le sentiment d'abandon et les troubles physiques et psychiques, multiples et divers, éprouvé par la personne souffrant d'abandon, de rejet ou d'exclusion. Ce terme traduit la souffrance de celui qui a tort ou a raison, se sent abandonné. A l'origine de l'abandonnite, il y a toujours un abandon vécu.(C.du four, 2007, p16).

I.1.4)-Définition de l'enfant assisté (enfant abandonné)

Le terme assisté est définie par le dictionnaire Larousse comme suit : « *Bénéficiaire de l'aide sociale ou judiciaire, porter aide ou secours* ». (Larousse, 1998, p69).

Le terme abandonné est définie par le dictionnaire Larousse comme suit: « *se retirer définitivement, cesser d'occuper, quitter, renoncer, se laisser aller* ». (Larousse, 1998, p1).

I.2)- L'abandon en Algérie

Parmi les différents champs de l'enfance, celui des enfants abandonnés qui représente pour le cas de l'Algérie, un contexte spécifique en raison de ces nombreuses articulations, politiques, psychosociales, et psychopathologiques. En effet, ce phénomène ne date pas d'aujourd'hui et trouve son explication dans l'absence des structures d'accueil digne de ce nom. Car chaque année on enregistre 4000 enfants abandonnés (service de la direction social, 2007), et d'après le ministre Djamel Ould Abbas, les chiffres enregistrés remontent à 22000 enfants privés de famille (El watan, 2008).

Depuis l'indépendance algérienne, la question des naissances hors mariage a été souvent articulée à des passerelles institutionnelles, familiales et spirituelles, instables ou incohérentes. Ainsi, les chiffres officiels sont estimés à 3000 enfants nés sous x par an, les associations annoncent 4200 par an (Aonzellag,2011). Le taux le plus élevé est enregistré dans la wilaya d'Oran d'après les chiffres officiels donnés par les services de la direction de l'action social est estimé à 150 enfants abandonnés chaque année, 400 nourrissons issues de mariage hors normes durant les 10 mois en cours, 90 bébés abandonnés à l'espace de 10 mois. (Service de la direction de l'action social,2009).

La législation en matière de prise en charge des enfants privés de famille a beaucoup progressé durant les trois dernières années. Ces enfants sont pris en charge dans des institutions appelées « foyers pour enfants assistés » (FEA). Ces foyers ont augmenté en nombre, des progrès ont été enregistrés ici et là car le nombre d'institution d'accueil est passé de trois ou quatre durant les années soixante à 14 en 1980 et 35 en 2006 (dont 22 pouponnières pour les moins de 6 ans et 13 foyers pour les enfants âgés de 6 ans à 19 ans).

Enfin, l'absence de prévention risque d'amplifier d'avantage le phénomène d'abandon qui doit être traité dans un cadre global de toutes les formes d'inégalité des chances entre les hommes et les femmes pour réduire les cas des mères célibataires.

I.3)-L'abandon en psychanalyse

D'abord, la psychanalyse a abordé directement la thématique de l'abandon. En effet, S.Freud est le premier à avoir évoqué « l'état d'angoisse » provoqué par la séparation qui s'opère entre la mère et l'enfant. Il établit un lien direct entre l'absence de la mère et l'état d'angoisse dans lequel se trouve plongé le

nourrisson ou le jeune enfant. Si la figure maternelle ne parvient pas à répondre à ses désirs de façon cohérente et stable, le nourrisson peut alors ressentir une certaine angoisse qui peut se traduire par le sentiment d'être délaissé, incompris et donc non satisfait par la personne dont il dépend. Cet intense sentiment de frustration peut laisser des traces en lui, notamment si cette situation se répète régulièrement. En effet, en l'absence de la mère, l'enfant éprouvait un sentiment de frustration du fait que ces besoins ne sont pas satisfaits et « c'est la conscience de sa propre faiblesse et de son impuissance » qui serait la cause du sentiment de peur qu'il éprouve dès qu'il est éloigné de cette « personne familière et aimée qui est la mère ». (Frédérique, 2011, p5).

Ensuite, R.Spitz décrit les effets du placement en institution durant le premier âge, en distinguant deux notions :

- 1- L'hospitalisme : qui correspond à un état de carence relationnelle affective prolongée pouvant amener l'enfant à la mort dans les plus graves situations.
- 2- La dépression anaclitique : qui est un désordre thymique d'évolution aiguë consécutif à une rupture prolongée du lien maternel s'exprimant par une atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vitales. (C.Benay et B.Golse, 2008, p 68).

Puis, M.Klein qui distingue deux positions chez l'enfant :

- 1- La position schizo-paranoïde : à cette phase là, les objets sont partiels c'est-à-dire que l'enfant rencontre des objets dans ses fantasmes qui n'ont rien à avoir avec une personne. La mère n'est pas reconnue en tant que telle, donc nous sommes avant la constitution de l'objet.
- 2- La position dépressive : caractérisée par des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'objet qui est devenu total, c'est-à-dire que la mère est reconnue en tant que telle. En effet, l'enfant vit son sadisme sur la culpabilité de vouloir détruire la mère, et sur la peur de la perdre ce qui introduit au sentiment de tristesse.

I.4)-L'abandon dans les autres classifications

I.4.1)-L'abandon selon la CIM 10

La classification CIM 10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent, aborde la thématique de l'abandon, dans l'axe V « situations psychosociales anormales associées ». Dans le point 5 « environnement immédiat anormal » :

5.0 : Education en institution. (CIM 10, p213)

Le point 9 : « Evénement / situation stressantes »

9.0 : Education en institution. (Ibid, p214)

I.4.2)-L'abandon selon le DSM III

Selon le DSM III, l'état de stress post-traumatique implique la présence de trois catégories de symptômes :

- La reviviscence de l'événement traumatisant par le biais de rêves et des pensées intrusives.
- L'évitement persistant des stimuli associés à cet événement et l'émoussement affectif.
- Une activation neurovégétative ne préexistant pas à l'événement et exprimée par des troubles de concentration et d'endormissement, de l'hyper-vigilance, une réaction de sursaut exagérée et de l'irritabilité. (K.Sadlier, 2001, p 24).

I.4.3)-L'abandon selon le DSM IV

Le DSM IV n'a pas abordé directement la thématique de l'abandon néanmoins, il fait référence dans son premier axe à l'anxiété de séparation. Ce trouble est une anxiété excessive concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché comme en témoignent trois des manifestations suivantes ou plus :

1. Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation des telles situations.
2. Crainte excessive et persistante, concernant la disposition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver.
3. Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux vienne séparer l'enfant de ces principales figures d'attachement.
4. Refus d'aller à l'école.
5. Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance.
6. Refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement ou bien d'aller dormir en dehors de la maison.

7. Cauchemars répétés au thème de séparation.
8. Plaintes somatiques répétés (telles que maux de tête, vomissements, nausées douleurs abdominales) (DSMIV, 2004, pp. 134-135).

I.4.4)-L'abandon dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)

La classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent s'appuie sur une réflexion psychopathologique inspirée de la psychanalyse. Cette classification fait référence à la thématique de l'abandon dans l'axe 2 appelé : facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques, notamment dans le point 25 ; contexte socio familial particulier, le point 24.6 : abandon parental et le point 21.2 ; troubles mentaux ou perturbation psychologique avérées. (CFTMEA, 2012, pp 98-105).

I.5)-L'abandon selon les auteurs algériens

À coté des travaux d'auteurs occidentaux (Bowlby, Spitz) on note donc l'apport des chercheurs algériens tel que Boucebcı et Moutassem-Mimouni.

I.5.1)- Les travaux de Boucebcı

Dés les années soixante-dix, l'abandon d'enfant devient une réalité incontournable.

Les travaux de Boucebcı (1976) et de ses étudiants commencent à alerter les milieux des spécialistes et l'opinion publique. L'enfant abandonné est la preuve de dysfonctionnements difficiles à admettre par la société algérienne. Les tabous, les peurs, « la puissance du qu'en dira-t-on » prennent parfois le dessus sur la raison et la compassion. Tout oblige les mères célibataires à porter seules le poids de leur « erreur », « faute », « bêtise » comme on le qualifie. Elles se trouvent dans l'obligation d'abandonner l'enfant, si ce n'est de le tuer. (Ibid, p215).

I.5.2)-Les travaux de Moutassem-Mimouni

Les enfants abandonnés à la naissance cumulent des facteurs de risque tout sur le plan biologique que sur celui des facteurs du milieu : l'examen des conditions prénatales montrent d'une part, qu'un certain nombre d'enfants abandonnés, sont des mères débiles ou malades mentales, les antécédents

pathologiques parentaux sont considérés comme facteurs de vulnérabilité pour les enfants. D'une autre part, les enfants abandonnés sont désirés (sans omettre les effets inconscients que l'absence de désir chez la mère peut avoir sur le fonctionnement de son propre organisme par voie de conséquence sur le fœtus), la mère va tenter d'arrêter la grossesse par tous les moyens : l'utilisation de plantes, de médicaments et même de comportements violents. (B.Moutassem-Mimouni, 2006, p30)

Aider les mères à garder l'enfant n'est pas toujours « la solution », mais il faut étudier les motivations de ces femmes, évaluer le soutien social possible avant toute décision. (Ibid, p34).

I.6)-Les causes de l'abandon d'un enfant

Les principales causes attribuées à l'abandon, mettent l'accent sur la peur de la famille restreinte et élargie. Parallèlement, sur la représentation du garçon en milieu d'accueil, se justifierait par des attitudes de mères qui abandonnent d'avantage les garçons au détriment des filles. (UNICEF, 2007, p29).

Par ailleurs, l'ouverture médiatique, la moyenne d'âge du mariage qui dépasse 28 ans pour les filles et 33 ans pour les garçons, ce qui les pousse à chercher des relations hors mariage, car ils n'ont aucune perspective de pouvoir fonder une famille, problème du chômage, la pauvreté qui a poussé les jeunes filles à la prostitution. Par manque d'informations, les mères célibataires, de crainte d'être reconnus et identifiées, au lieu de s'adresser au centre d'accueil des enfants ou aux pouponnières, préfèrent abandonner leur progéniture dans la rue. (Service de l'Action Social, 2010).

Par ailleurs, dans les médias l'inceste fait l'objet d'un traitement spécifique : Certains articles iront jusqu'à établir un lien plus ou moins important entre l'inceste et l'abandon d'enfants, voir identifier un mode de relation. (UNICEF, 2007, p29).

Les mères alcooliques et dépressives, instables, infantiles, débiles profondes ou délinquantes, ayant offert à leur tour à l'enfant une prise en charge à éclipses, très insuffisante, faisant généralement appel à des tiers pour l'assumer. Il s'agit rarement de femmes ayant délibérément abandonné l'enfant sans laisser de traces. (F.G.Carrière, 2001, p22).

Comme on a aussi d'autres causes telles que ; la maladie ou l'handicap de l'un ou des deux parents, l'exiguïté du logement, la violence familiale,

l'éclatement de la famille, les difficultés financières, l'insuffisance de connaissances concernant le planning familial, des restrictions pour avoir accès à l'avortement, l'enfant souffrant d'une forme d'handicape et un manque de services et de ressources pour soutenir les parents ayant des enfants handicapés, comme par exemple : une prise en charge de l'enfant pendant les heures du travail, et sans oublier le manque de nourriture.(UNICEF, 2007, p29).

1.7)-Le vécu de l'abandon (symptomatologie)

A travers les entretiens menés auprès des victimes, d'emblée se posera la question d'impact de l'abandon sur les capacités de développement d'individus :

Pour certains, l'on repérera la notion de trauma, avec une mémoire exigeante, qui produit et répète « inlassablement » de ce qui a fait trauma.

Pour autres, l'on identifiera ce qui a rendu possible, « malgré tout », la construction de l'identité, avec des liens d'affect, avec une capacité de projection dans un avenir possible, avec ses différentes expressions, à des niveaux, familial, relationnel, conjugal et professionnel.

Pour la plupart et à posteriori, il s'agira aussi, d'identifier la profonde blessure causée par l'abandon et d'évaluer l'existence de mécanismes de réparation : si la blessure persiste béante pour certains, elle peut aussi être « colmatée », pour prendre place, à l'instar des circonstances de la normalité, à côté des autres manques d'humanité. (UNICEF, 2010, p92).

Il est difficile pour ces enfants abandonnés de croire en l'amour des personnes qui les entourent. Ils ont, en effet, une blessure affective, mal cicatrisée, qui provoque chez eux une crainte d'un nouvel abandon. Le sentiment d'insécurité se développe souvent chez ces enfants.(A.Razouki, 2012).

Les récits souligneront l'impact générationnel de ce qui sera vécu comme une explosion dans la tête, dans le secret de l'abandon.

Chez les garçons, la traduction de la déflagration se fera d'une manière bruyante, sonore, visible, à travers l'agir, le passage à l'acte violent, les actes de destruction massive de soi, de l'autre, la délinquance, la toxicomanie, l'alcoolisme...etc.(UNICEF, 2010,p39).

Chez les filles, (choisies justement pour leur silence, contrairement aux représentations, un ressenti tout aussi violent, perturbé, qui puisera dans la soumission et la passivité féminines pour se manifester le plus souvent de

manière inaudible, intérieure, adoptant généralement une tonalité dépressive, des conduites suicidaires, d'errance, de déviances, présentant le risque de découvrir des troubles psychiatriques, majeurs également.

Chez les deux, un risque élevé, de reconduire l'échec, à des niveaux variés une histoire de rejet, d'exclusion et d'abandon. (UNICEF, 2010, p93).

I.7.1)-La symptomatologie abandonnique

L'enfant abandonnique paraît souvent négligé, triste à la fois distant et hyper affectueux, instable, affectueux et volage, un échec scolaire parfois massif, et souffre de trouble du comportement, accompagnés de troubles somatiques. Caractériel, social, parfois d'une timidité et d'une discrétion inquiétantes, il est souvent énurétique et encoprétique, désordonné, brouillon, mal orienté dans l'espace et dans le temps, artificiel, voire décousu dans ses discours, énigmatiques. (F.G.Carrière, 2001, p24).

Selon « Germaine Guex », la névrose d'abandon devrait être rapporté à une perturbation du moi et que l'abandonnique est resté en de ça de l'œdipe. Elle décrit deux types d'individus :

1. Le type positif / aimant : face au ressenti d'un déficit affectif et au besoin de comblement qu'il entraîne, il s'active et met tout en œuvre pour obtenir et mériter l'affection recherchée, il possède un certain sentiment de valeur personnelle. Il bénéficie d'une bonne opinion de lui-même et se sent digne d'amour. Ce sentiment lui permet de créer des liens propres à lui. Sa demande affective est impérieux, il l'exprime clairement et ainsi la voit satisfaite.
2. Le type négatif / agressif : agit quant à lui négativement, avec violences mais non sans quelque perfide ingéniosité, alors que le premier avance et l'autre fait même de reculer.

Malgré son désir d'amour détruit tout aussi impérieux, ne le lui exprime pas. (G.Guex , p1).

Ajoutons à ces réflexions que d'autres symptômes viennent se greffer à ce tableau d'ensemble : l'intolérance aux frustrations et aux attentes est grande et conduit à des manifestations d'agressivité difficiles à supporter. L'avidité et le sentiment de vide orientent l'enfant vers des conduites de vols, de chapardages de nourriture, d'intense rivalité à l'égard de camarades qui possèdent un jouet convoité. Le malaise éveillé par tout échec, le refus crispé des situations

compétitives, le peu d'enracinement, autant par rapport à un passé que par rapport à un future, la tendance à vivre dans l'instant présent, la non-croyance en ses possibilités entravant généralement l'intégration scolaire et le statut de « mauvais », « d'incapable » accentue l'altération de l'estime de soi. (M.Lemay 1995, p11).

Le mal être de ces enfants peut se traduire par des troubles du comportement, et des risques d'hyperactivités. Ils peuvent d'ailleurs développer un comportement agressif, résultat de leur privation d'amour et d'affection. Ces enfants sont souvent rejetés et marginalisés par la société qui les juge à tort et à travers, ce refus de la société fait naître chez eux un sentiment d'insécurité qui les incite à développer des mécanismes défensifs contre les menaces du monde extérieur. (A.Razouki, 2012).

I.8)-Les conséquences de l'abandon sur l'enfant

Le souvenir d'un abandon mal vécu, non surmonté ou trop vite refoulé dans la petite enfance a des répercussions dans l'âge adulte. Il peut amener à une dépendance extrême et infantilisante et inviter toutes sortes de concessions dévalorisantes, sous la contrainte des menaces intériorisées que fait subir l'angoisse. A l'inverse, il peut inciter l'être (au niveau de l'inconscient), à ne pas s'engager, aussi longtemps qu'il est sous l'emprise de la peur de revivre ce drame « impensé ».

Par ailleurs, ne voulant dépendre de personne, il évitera bien sûr l'abandon mais aussi toute relation à l'adulte. Il développe alors un sentiment profond, douloureux, complexe, et contradictoire qui renvoie à un sentiment de culpabilité.

L'abandon de l'enfant est en contradiction avec le dogme de l'amour maternel et évoqué tous les mythes de la « mauvaise mère ». Il fait le lit de la « quête des origines » de l'enfant adopté et d'un questionnement souvent répété.

Par conséquent, la marginalisation et la maltraitance de ces enfants par la société peut les pousser à devenir plus tard des délinquants, qui constituerait à leur tour une menace pour la société. (A.Razouk, 2012).

Les situations d'abandon, qu'elles soient vécues au sein du milieu familial ou en institution, sont responsables de troubles graves de l'attachement qui évoluent dans le temps.

En effet, Les situations de perte précoce de faible investissement perturbent gravent la compétence parentale des sujets qui en souffert, créant de véritables transmissions de carence de génération en génération. (M.Lemay, 1995, p11).

Conclusion du chapitre

La pratique de l'abandon a existé et existe dans toutes les sociétés. En Algérie, les enfants abandonnés sont pris en charge dans des institutions. La carence de la famille aura d'une manière ou d'une autre un impact sur le psychisme de ces enfants assistés. Nous allons nous intéresser dans ce qui va suivre au traumatisme psychique comme conséquence de l'abandon.

Chapitre II
Le Traumatisme
Psychique chez
l'enfant

Chapitre II : Le traumatisme psychique

Préambule

L'enfant peut mener une vie harmonieuse qui se réfère à un ensemble d'événements ou de situations rassurantes. Cependant chez l'enfant, il n'est pas toujours protégé, car la survenue d'un événement pénible peut le bousculer et le faire sombrer dans une détresse qui se manifeste par des symptômes du traumatisme psychique. Ce chapitre contient l'attachement, carence de soins maternels et le traumatisme psychique chez l'enfant.

II .1)- L'attachement normal

En 1969, J.Bowlby développe ses recherches sur l'attachement en postulant que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat la proximité de l'enfant par rapport à sa mère. La définition du comportement d'attachement est donc élaborée comme suit : « *rechercher et maintenir la proximité avec un autre individu* ». (Ch.Marran, A.V Dreyfus, p60).

Bowlby distingue trois types d'attachement :

- **L'attachement sécure** : L'enfant se montre confiant envers des parents disponibles et sensibles aux signaux de l'enfant. Dans les situations pénibles, l'enfant recherche activement réassurance et protection auprès de ces parents. (D.Bailly, 2004, p86).
- **L'attachement angoissé-résistant** : Les réactions de l'enfant en situation difficile montrent qu'il se tourne effectivement vers ses parents pour être protégé tout en exprimant un manque de confiance envers eux. (Ibid).
- **L'attachement angoissé-évitant** : qui se caractérise par une absence totale d'attentes de l'enfant vis-à-vis de ses parents quand il est en situation difficile. (Ibid).

Dans un attachement normal et sain, les parents comme l'enfant pensent qu'ils font un bon travail en aimant l'autre la plupart du temps, ils font preuve de réciprocité en douceur se donnant et recevant mutuellement de l'amour. (Ch.Marran, A.V Drefyus, p22).

L'enfant, avec des attachements sains prend un bon départ pour avoir une grande intelligence émotionnelle. Il a la capacité de mettre en relation des indices venant du visage, des gestes et des mots avec une compréhension des sentiments qui sont exprimés et il peut réagir. Il prend un bon départ pour développer le positivisme, le contrôle de soi et pour maîtriser des compétences appréciées dans la société. (Ch.Marran, A V Dreyfus, p 22).

Ainsi, l'ensemble des comportements d'attachement ont pour but de maintenir l'enfant dans un espace de sécurité où il sent sa mère disponible et devient capable de s'en séparer durant les périodes plus ou moins longues. (M.Vrai, 2012).

Enfin, le concept d'attachement permet à la fois un repérage clinique et une explication psychopathologique, il a de plus une vertu prédictive quant à l'avenir de l'individu l'attachement parent/enfant devient un modèle pour toutes les relations futures et pour les croyances profondes. (Ibid).

II.1.2) Les troubles de l'attachement

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit les troubles de l'attachement comme une affection mentale. Il est défini comme « *présence d'anomalies persistantes du monde de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations émotionnelles, et se manifestent à l'occasion de changement dans l'environnement [...].* La survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents. (OMS, 2011).

Un enfant qui n'a pas pu bénéficier dans les premières années de vie d'une présence maternelle apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir compétent détaché. (N.Savard, 2010, p17).

II.2.1)- L'absence d'attachement avec retrait émotionnel : l'enfant est en retrait, ignore les autres et ne semble s'intéresser à leur présence.

II.2.2)- L'absence d'attachement avec sociabilité indiscriminée

L'enfant se montre immédiatement familier avec des personnes étrangères, sans la réserve et la réticence anxieuse observable normalement à cet âge. Il s'accroche à tout le monde et ne va pas chercher la proximité d'une personne

spécifique en cas de besoin de réconfort, certain de ces enfants présentent des comportements à risque et se mettent facilement en situation de danger. Dans les deux cas, ils montrent des difficultés considérables dans la régulation de leurs émotions, l'autoprotection, la recherche du réconfort, l'expression de l'affection et dans la coopération comme dans l'exploration. (Howes et Spieker, 2008, p113).

II.2.3)- Les troubles de la base de sécurité

On distingue quatre types :

- Les troubles de l'attachement avec mise en danger : L'enfant qui présente ce trouble s'éloigne de sa figure d'attachement et s'engage dans des activités dangereuses et provocantes.
- Les troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée.
- Les troubles d'attachement avec vigilance et (complice) excessive.
- Les troubles d'attachement avec renversement des rôles.

II.2.4)-Les ruptures de lien d'attachement

Les critères de ces troubles sont ceux proposés par Robertson et Bowlby dans la description qu'ils font des jeunes enfants séparés subitement de leurs parents plusieurs jours ou semaines et qui développent le syndrome tri phasique de la protestation, du désespoir puis de détachement. (Ibid, p115).

II.2.5)- Les principes d'évaluation des troubles précoces de l'attachement

L'évaluation doit se focaliser sur les relations du jeune enfant avec ses principales figures d'attachement plutôt que sur son comportement social en général ou ses seuls caractéristiques individuelles, et que l'évaluation doit considérer de très près l'histoire d'attachement précoce de l'enfant avec une attention particulière prêtée aux expériences de perte, de séparation, de violence ou d'abus vécu autre fois par le parent ou subies par le jeune enfant. (Howes et Spieker, 2008, p116).

II.3)- L'affectivité normale

Tout nourrisson a besoin d'attention, de réconfort et de sentiment de sécurité. Le nourrisson qui se sent menacé se tourne vers son donneur de soin afin de trouver réconfort.

L'enfant est en interaction permanente avec son environnement, et sa mère apparaît comme la principale interlocutrice dans ce contexte concernant l'environnement au sens large, une suite d'expériences semble nécessaire à l'édification de la personnalité de l'enfant que l'on peut préciser à travers des bases suivantes

1. Fonction d'apaisement et de gratification : en réponse à la demande du bébé.
2. Fonction de mise en sens et de repérage : exemple, tu cries parce que tu as faim.
3. Besoin de stimulation sensorielle gratuite : L'enfant a besoin que l'entourage et la mère en particulier, prenne du plaisir avec lui, à le porter, le bercer.
4. Expérience de la frustration et du manque : De l'absence naît la frustration mais elle permet à l'enfant de prévoir la réalité des choses.
5. Introduction au sentiment négatif justifié : L'enfant doit pouvoir exprimer de l'agressivité et la colère. (Ibid, p195).

Ainsi, les soins maternels satisfaisants témoignent de tout apport donné au nourrisson par sa mère l'ors de la survenue d'un besoin afin de l'en soulager, celui-ci a alors l'illusion de créer, précisément lorsqu'il en a besoin.

En effet, la mère apparaît comme celle devant interpréter et proposer des réponses aux manifestations de son enfant, mais aussi le stimuler et l'entourer de soins et de parole.

- Elle a un rôle de contenant à jouer ; un rôle de pare-excitation pour son enfant, lui épargnant un excès de tensions venant de l'extérieur ce qui lui permet de se constituer un « dedans » et un « dehors ».
- Elle doit être activement adaptée aux besoins de son bébé ; donner des soins de façon personnelle, fait preuve d'empathie, preuve de fiabilité pour permettre à l'enfant d'être sécurisé. (Howes et Spieker, 2008, p196).

Cependant, comme le précise Françoise Dolto, la dyade mère/enfant n'a de sens que si la mère continue sa vie de femme, c'est-à-dire continue à investir le monde des adultes. Ainsi, la disponibilité de la mère n'est structurante que si la mère ne s'y perd pas, et laisse exister un « autre » que l'enfant dans sa tête et dans son désir. (Ibid).

Enfin, prodiguer à l'enfant des soins maternels satisfaisants, de la part d'une mère suffisamment bonne, et cela dans le cadre d'un environnement également suffisamment bon, favorise l'édification d'un sentiment de continuité d'être celui-ci étant la base de la force du Moi.

II.3.1)- La carence de soins maternels

La carence de soins maternels indique un manque en rapport émotionnel, affectif, social et cognitif. Ce dernier a été appelé par J.de Ajuriaguerra « désafférentation sensorielle » ceci implique que l'enfant ne manque pas seulement d'affection mais il manque de stimulations sensori-motrices, intellectuelles, sociales, ce qui bloque l'élan à l'interaction et empêche le développement des « compétences sociales ». (H.Montagner, 1998).

En effet, la carence en soins est généralement associée à un trouble de l'attachement. Désinhibé l'enfant sur lequel personne ne veille est enclin à chercher l'affection auprès de n'importe quel adulte, même si les liens qu'il tisse se défend aussi vite qu'ils se sont faits. Malgré leur apparente sociabilité ces enfants ne peuvent établir une véritable relation parfois le refus de s'attacher est plus manifeste, en cas de difficulté, ils ne cherchent aucune aide auprès des adultes. (M.Lean, O.Conner et al, 2003, p46).

Enfin, l'absence de continuité dans des soins maternels satisfaisants entraîne donc un désinvestissement du nourrisson et du jeune enfant du milieu au sein duquel ils vivent, ainsi qu'un investissement de l'activité ludique.

II.4)- Le traumatisme psychique chez l'enfant

II.4.1)- Définition du traumatisme psychique

On peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. (L.Crocq, 2007, p7).

II.4.2)- La théorie psychanalytique du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique selon le vocabulaire de la psychanalyse

« Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatique se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et

d'élaborer psychiquement ces excitations. » (J.Laplanche et J-B.Pontalis, 1967, p 499).

La définition initiale du traumatisme de S.Freud et de Brueur (1978) privilégie la montée de l'excitation sexuelle, en référence à la clinique de l'hystérie. Il est juste de préciser que, pour qu'il y ait traumatisme, il faut que le sujet existe et sous tension soit dans un état « perçu comme dangereux pour le moi ». (C.Le Guen, 1992).

Le traumatisme voit son action décomposer en plusieurs éléments et suppose toujours l'existence d'au moins deux événements : dans une première scène, dite de séduction, l'enfant subit une tentative sexuelle de la part de l'adulte, sans que celle-ci fasse naître chez lui d'excitation sexuelle ; une deuxième scène, souvent d'apparence anodine ; et survenant après la puberté vient évoquer par quelque trait associatif à la première. C'est le souvenir de la première qui déclenche un afflux d'excitations sexuelles débordant les défenses du moi. (J.Laplanche et J-B.Pontalis, 1967, pp 501-502).

Ainsi, la théorie du traumatisme élaborée par S.Freud est longtemps développée dans Moïse et monothéisme, présumé que : « certains fait agissent comme des traumatismes sur certaine constitutions tandis qu'ils demeurent sans effet sur d'autres. (S.Freud, 1977).

La notion du traumatisme renvoie d'abord, comme Freud l'a lui-même indiqué, à une conception économique : « Nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique ». L'afflux d'excitations est excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique, qu'il s'agisse d'un seul événement très violent (émotion forte) ou d'une accumulation d'excitations dont chacune prise isolément serait tolérable ; le principe de constance se trouve d'abord mis en échec, l'appareil étant incapable de décharger l'excitation. (Ibid, p 500).

II.4.3)- Le traumatisme psychique chez l'enfant

L'impact clinique d'un événement traumatique comporte des manifestations psychosomatiques, des troubles développementaux et cognitifs.

L'enfant qui assiste à un événement violent sans y être directement impliqué est souvent enclin à développer des fantasmes au cours desquels un tiers intervient pour changer le cours des événements. (L.Bailly, 2000, p 144).

Lorsqu'un acte très violent se produit, l'enfant est conduit à réviser ce qu'il pensait jusqu'à de l'attitude des adultes. La question de la vengeance, comme celle de l'identification à l'agresseur, vont être l'objet de fantasmes de la part de l'enfant. Une agressivité inhabituelle, des comportements imprudents ou autodestructeurs, ou une inhibition envahissante peuvent soudain apparaître. (Ibid, pp 144-145).

L'enfant peut se mettre en danger du fait de la répétition inconsciente de comportement remettent en scène le traumatisme et pouvant comporter de la violence. Les enfants ont parfois recours, pour se protéger des affects ressentis lors de l'événement traumatique, au déni. Ils peuvent alors dénier avoir eu peur et c'est le sens même de la peur qui peut en être affecté. Cela peut conduire l'enfant à un déni de la peur en général, avec la possibilité qu'il s'expose à des situations dangereuses sans en reconnaître le risque. (Ibid).

Les enfants peuvent aussi être excités par la scène à laquelle ils assistent, ce qui peut les conduire à rechercher cette excitation comme un moyen de se rassurer sur leurs capacités à tolérer le choc des situations traumatiques. (Ibid)

Le traumatisme peut aussi, dans certains domaines, provoquer des manifestations qui, quels que soit les symptômes présents, vont être utiles au sujet. Il peut s'agir d'un « nouveau » style de défense (l'enfant travaille scolairement pour ne pas penser au traumatisme) ou par ce que l'expérience traumatique peut aussi avoir d'initiatique et révèle à l'enfant (par exemple un préadolescent conduit par l'expérience traumatique vers une prise de conscience de ses responsabilités). Ces aspects ne sont pas toujours bien compris par les adultes et conduit dans certaines situations, à une véritable répression à l'égard des enfants. (L.Bailly, 2000, p 139).

Dans le DSM III-R, la reviviscence prend souvent la forme de thèmes ludiques répétitifs et de cauchemars, une augmentation des troubles psychosomatiques peut révéler une activation neurovégétative, l'émoussement affectif qui peut s'exprimer à travers le sentiment que la vie est trop courte pour devenir adulte ou dans la difficulté à s'investir dans des jeux correspondant à l'âge de l'enfant ou encore dans les activités scolaires. L'enfant peut également

présenter des comportements développementaux régressifs par rapport à son stade de développement, tel que l'énurésie ou la succion du pouce. (Ibid, p 25).

La symptomatologie poste traumatique se manifeste chez l'enfant à travers : la dépression anaclitique, les troubles dépressifs, manifestations somatiques dépendance anxieuse, hyper-vigilance, conduites agressives, troubles du comportement, symptômes post-traumatiques, conduites auto-agressives identification au défunt, réaction en faux self, compulsion à soigner. (H.Rmano, E.Verdenal, Gauteur, 2011, p 16).

II.5)- L'enfant placé en milieu institutionnel et le traumatisme

Il y a dans tout placement une forme de gravité qui ne peut échapper à l'enfant. Il y a dans tout placement des parents qui sont remis en cause ou qui se sentent remis en cause, et cela n'échappe pas non plus à l'enfant. Il y a, dès l'annonce du placement, une évolution dans la lumière dont l'enfant va se représenter ses parents, mais également lui-même. Même si une mesure de placement n'évoque rien pour l'enfant, son environnement familial (parents, frères et sœurs) y est sensible. Sa famille, sans forcément en avoir une expérience directe, et influencée voire partage les représentations collectives autour du placement : « Mauvais parents, pauvres enfants ».

Les chercheurs démontrent que les enfants en milieu institutionnel font moins de tentatives de contact social que les enfants élevés dans leur familles, et relèvent que leur répertoires de mouvements expressif et assez restreint. Ils ne montrent pas non plus de conduites d'attachement envers une personne particulière.

L'absence de conduite dans des soins maternels satisfaisants entraîne donc un désinvestissement du nourrisson et du jeune enfant du milieu au sein duquel ils vivent, ainsi qu'un désinvestissement de l'activité ludique.

L'institution finit toujours par constituer un microcosme qui coupe l'individu de la société globale. Et plus l'individu passe de temps dans ce système clos, plus il développe une dépendance, un attachement anaclitique à ses compagnons et plus il aura peur « des autres ». De plus, cet enclavement spatial renforce le retrait des pensionnaires, participe à un enclavement symbolique et mène à leur stigmatisation (Goffman) et donc au sujet social. (B.M.Mimouni, 2006, p 24).

Les enfants vivant en institution manquent de stimuli affectifs et sensoriels, tout autant qu'ils manquent d'occasion d'apprentissage. Ceux-ci ont besoin de vivre dans un environnement structuré enrichi par la présence bénéfique d' « un adulte les accompagnant dans une tranche de vie (un adulte avec lequel l'enfant vivra les frustrations et déceptions liées aux étapes que tout être humain a parcourir avant d'arriver à se différencier vraiment du monde extérieur » (M.Mannoni, 1978).

Conclusion du chapitre

Le traumatisme psychique chez l'enfant est fréquent, peut être grave et donner lieu à des séquelles. Il est donc indispensable d'être attentif aux symptômes traumatiques chez l'enfant, et de mettre en place une prise en charge précoce. Ainsi, le traumatisme peut avoir un impact sur la représentation de soi. Nous allons nous intéresser à ce qui va suivre, à la représentation de soi comme conséquence du traumatisme psychique.

Chapitre III
La Représentation
De Soi

Chapitre III : La représentation de soi

Préambule

L'enfant se définit à travers l'ensemble d'informations provenant des personnes significatives. Ainsi, à partir de la représentation intériorisée des parents, l'enfant parvient à l'élaboration de sa propre représentation de soi. Au cours de ce chapitre, nous abordons la représentation de soi et ses composantes.

III.1)- Définition de la représentation

Le soi et représentation de soi, sont des concepts étroitement liés et se construisent au cours du développement de l'enfant.

Henri Pierron (1978) définit la représentation comme : « *Le contenu concret de la pensée relatif à un objet donné* ».

Serge Moscovici (1961) et René Kaës (1968) à partir d'objet d'étude différents, s'accordent à définir la représentation comme produit et processus d'une activité de construction mentale ou réel par un appareil psychique humain.

Le concept de représentation demeure un concept complexe, mais dont la validité et la fonction sont attestées par les pratiques qui s'y réfèrent : reproductions graphiques, images, mythes... Il permet de rendre présent quelque chose d'absent. Il y a représentation si le sujet situe clairement et explicitement l'objet en cause dans son propre espace intérieur, c'est dans son interaction avec le réel que le sujet forme et construit ses représentations.

« *Une représentation est un phénomène mental qui correspond à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent, d'éléments cognitifs, affectifs et du domaine des valeurs concernant un objet particulier. On y retrouve des éléments conceptuels, des attitudes, des valeurs, des images mentales, des connotations, des associations, etc. C'est un univers symbolique, culturellement déterminé, où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc* ». (H.Bloch, 1997, p1185).

La représentation en psychanalyse forme élémentaire de ce qui s'inscrit dans les différents systèmes de l'appareil psychique, et notamment de ce sur quoi porte le refoulement. (H.Bloch, 1999, p798)

III.1.1)- Définition du « soi »

Le soi pour W.James est tout ce qui est personnel, « le moi » et « le mien », pour S.Freud le soi est le prolongement inconscient du moi. Quant à C.G.Yang, il fait du soi une entité « sur-ordonnée » au moi, embrassant non seulement le conscient et l'inconscient mais aussi « le but de la vie ». (N.Sillamy, 2003, p250).

Le soi en psychanalyse est le lien psychique, incluant conscient et inconscient devenir soi-même implique une conscience éveillée ne se limitant pas au moi, pour sa part C.G.Jung a conçu le soi comme unification du conscient et de l'inconscient, centre virtuel de l'individuation au sens large, « soi » est le lieu où sujet se reconnaît comme réellement existant. (H.Bloch et Coll, 1997, p1225).

D'après A.Sanglade (1990), le soi représente « *le noyau concret de l'identité, c'est lui qui assure un lien aux différents sentiments de permanence, de continuité, de cohésion et de cohérence* ». (A.Sanglade, 1990, pp 10-12).

III.1.2)- Définition de la représentation de soi

La représentation de soi concerne les échanges corporels et affectifs précoces. On sait en effet qu'un des premiers rôles des parents consiste à proposer à leurs enfants, depuis qu'il est bébé, un ensemble d'expériences corporelles adoptées, c'est-à-dire des interactions prévisibles, fiables fait d'échanges de sourires, de concordance des rythmes, de partage solide, de douceur du toucher. (D.Anzieu, 1990).

La construction de la représentation de soi se comprend dans le modèle psychanalytique en référence à la notion d'idéal du Moi. Selon Braconnier, S.Freud a introduit cette notion dans sa deuxième topique, « pour caractériser une représentation de soi cherchant à accéder à des représentations idéalisées (parents, personnes admirées, projets ou activités valorisées) », il est élaboré en fin du complexe d'œdipe, constitué d'identifications narcissiques et d'identifications secondaires, liées à la résolution du complexe d'œdipe (identification au parent du même sexe), il est vu comme intégré au surmoi (en tant que réservoir de valeurs). (B.Antoine, D.Fouques, 2002, p 140).

Selon A.Sanglade (1990), la représentation de soi est « *Le contenant fantasmatique fondamental du soi. Elle participe à l'élaboration mentale du soi,*

et permet ainsi à tout à chacun d'assurer le sentiment de continuité de son existence, de l'individuation et d'intégrer son évolution individuelle ».

Pour Sanglade, la représentation de soi englobe donc l'image du corps, l'identité et les identifications. (A.Sanglade, 1990, pp 12-15).

III.2)- Le narcissisme

L'investissement est déplacé sur un objet extérieur « identique » : c'est le stade du choix d'objet homosexuel. Plus tard se ferait l'investissement d'un objet hétérosexuel. Mais le Moi demeure toujours partiellement investi et les investissements objectaux lui restent reliés. Il y a comme une sorte de balancement entre ce que l'on appelle dès lors libido du Moi et libido d'objet. « Plus l'une absorbe, précise Freud, plus l'autre s'appauvrit ». (J.Bergeret, 2008, p 72).

La libido étant l'énergie des pulsions sexuelles, elle tire son origine du Ça; c'est donc cette instance qui en est, en quelque sorte, le réservoir original ; ce n'est qu'après son premier investissement narcissique que le Moi dispose vraiment d'une réserve libidinale. Le narcissisme serait une entité plus ou moins comparable à une instance et disposant d'une énergie propre. (Ibid, p 73).

Il existe deux types de narcissisme

- Le narcissisme primaire : veut désigner la situation initiale où la libido investit par le sujet lui-même.
- Le narcissisme secondaire : semble le moins embarrassant, concept essentiellement clinique, il s'entend de toutes les situations où se rencontre un reflux sur le Moi de la libido objectale. (Ibid).

Les défaillances narcissiques de l'enfant apparaissent étroitement liées à la violence destructrice qu'il inspire à l'autre, à l'horreur pour sa passivité, ses incompétences, sa faiblesse, un peu comme si le silence, l'absence de représentation, la non inscription de l'abandonnique dans un fantasme gratifiant narcississant, suscitaient la tentation de lui même. (F.G.Carrière, 2001, p 70).

III.3) L'image du corps

L'image du corps constitue une « *représentation mentale inconsciente de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité. Elle se dissocie du schéma corporel* ». (A.Sanglade, 1983, p 106).

Selon D.Anzieu (1985), l'image du corps va être investie positivement ou négativement par l'enfant en fonction de la nature et de la qualité des interactions mère-enfant à travers la médiation des enveloppes corporelles. (D.Anzieu, 1985, p

Bergson compare le corps à un miroir, l'image est produite par le corps lui-même : c'est-à-dire le corps est perçu comme sa manière d'être au monde (c'est le vécu corporel) alors que l'image du corps est la représentation que le sujet a de son corps. (A.Pierre, B.Thierry, G.Françoise, 2004, p 20).

La notion d'image du corps appartient au champ conceptuel de la psychanalyse. Freud relie l'image du corps à l'investissement libidinal du Moi. Par conséquent, l'image du corps est le moyen de découvrir la dimension de l'imaginaire. (Ibid, p21).

L'image du corps est une construction psychique de la représentation du corps. Elle se distingue du schéma corporel qui est la représentation réelle du corps, basée sur les perceptions. Elle est éminemment personnelle et inconsciente, parfois même éloignée de la réalité. Fondatrice de notre identité, sa construction s'appuie sur des facteurs à la fois sociaux et psychologiques, plus précisément, les valeurs et l'esthétique du corps de la société et l'histoire du sujet contribuent à sa création. (M.Charlotte, V.Adeline, 2004, p 95).

III.4) L'identité

Elle est construite dans un mouvement de va-et-vient entre soi et l'autre, ce qu'exprime le terme « identification ». (C.Chiland, 2000, p342).

Erikson (1972) conçoit l'identité comme « un processus situé au cœur de l'individu ainsi qu'au cœur de la culture de sa communauté ». Elle est le point de rencontre de la connaissance personnelle et des changements sociaux, elle n'est donc jamais achevée et toujours susceptible de se modifier. (C.Ramu, 2004, p9).

L'identité est un produit résultant d'une construction sociale impliquant des pratiques, des expériences et des représentations. (A.M. Costalat Foneau, 1995, p1).

Elle semble être l'élément-clé qui permet d'articuler la réalité subjective et objective dans une interaction où le sujet peut trouver son « unicité », et « sa cohérence ». Ce dernier va cristalliser cette relation et l'activer dans son

comportement, notamment à travers le langage. (A.M Costalat Foneau, 1995, p1)

L'identité signifie rester pareil à soi-même face aux difficultés de son évolution. Acquérir l'identité, c'est se transformer face à la diversité des expériences sans perdre sa propre continuité du plaisir d'être soi. (B.Aucouturier, 2005, p124).

III.4) L'identification

C'est un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. (J.Laplanche, J-B.Pontalis

L'identification-au sens de s'identifier- recoupe dans l'usage courant toute une série de concepts psychologiques tels que : imitation, Einfühlung (empathie), sympathie, contagion mentale, projection, etc.

Pour clarifier les idées, on a pu proposer de distinguer dans ce champ, selon le sens dans lequel se fait l'identification, entre une identification hétéropathique (Scheler) et centripète (Wallon), où c'est le sujet qui identifie sa personne propre à une autre, et une identification idiopathique et centrifuge où le sujet identifié l'autre à sa personne propre. Enfin, dans les cas où les deux mouvements coexistent, on serait en présence d'une forme d'identification plus complexe parfois invoquée pour rendre compte de la formation du « nous ». (J.Laplanche, J-B. Pontalis, 1967, pp 187-188).

Freud (1921) dans le chapitre VII de Psychologie collective et analyse du moi distingue trois modes d'identifications :

- comme forme originaire du lien affectif à l'objet. Il s'agit là d'une identification préœdipienne marquée de la relation cannibalique d'emblée ambivalente ;
- comme substitut régressif d'un choix d'objet abandonné ;
- En l'absence de tout investissement sexuel de l'autre, le sujet peut néanmoins s'identifier à celui-ci dans la mesure où ils ont en commun un élément (désir d'être aimé par exemple) : par déplacement, c'est sur un autre point que se produira l'identification (identification hystérique). (J.Laplanche, J-B.Pontalis, 1967, p189).

L'identification est un mécanisme psychologique inconscient par lequel un individu modèle sa conduite afin de ressembler à une autre personne. Chez l'enfant, l'identification, première forme de l'attachement à un parent, est une appropriation du rôle (et de la puissance) de celui-ci. Elle constitue l'un des mécanismes les plus importants de la formation de la personnalité et de l'éducation des perturbations dans l'identification (dues à la dissociation familiale, par exemple) entraînent la formation de troubles caractériels. (N.Sillamy, 2003, p135).

III.5) La représentation de soi chez l'enfant

Les réactions de l'entourage face aux comportements de l'enfant et ses effets le conduit à l'élaboration de son identité. Par conséquent, si l'enfant peut ressentir de la part de son entourage une valorisation, cela le conduira à avoir une image personnelle plus positive. Toutefois, si l'enfant vit des expériences bouleversantes et des réactions contradictoires provenant du milieu familial, il aura de la difficulté à se construire une image de lui-même consistante (L'Ecuyer, 1978). Il semblait que l'enfant se considère de la même manière que les autres le perçoivent. (Cicchetti, 1978).

Selon Lecuyer (1990), c'est vers l'âge de 2 à 5 ans que l'enfant commence à avoir des perceptions claires de lui-même. De plus, il est maintenant capable de les verbaliser à partir des sensations et impressions variés provenant de ses propres expériences avec son environnement physique et social.

Les expériences corporelles ont un rôle fondamental pour que l'enfant ait une représentation de son corps comme clos, enveloppé, structure son schéma corporel de manière cohérente, acquière le sens du temps de l'espace, de la continuité, comprenne l'effet de ses gestes, et fasse l'expérience d'avoir une certaine emprise sur le monde extérieur. Ces expériences n'ont de valeur que si elles s'accompagnent par de paroles. Pour J.L.Donnet (1993) « c'est le temps où l'autre pense que vous, dit ce que vous pensez, ressentez ».

Ainsi, en parallèle avec la représentation intériorisée de la mère et du père, l'enfant élabore une représentation de lui-même. En effet, si la mère et le père répondent d'une manière adéquate aux besoins de l'enfant, ce dernier va les percevoir comme étant accessibles et disponibles à ses besoins. Ces images l'amènent à se considérer compétent, aimable, digne d'attention et de bon soins. (Lacharité, Palacio, Quintin et Moore, 1994).

Par contre, si l'enfant ne peut se fier à ses figures d'attachement pour répondre adéquatement et de manière satisfaisante à ses besoins, il en vient à se percevoir comme étant indésirable et peu compétent à obtenir la coopération de ses parents. (Crittenden et Ainswirth, 1989).

Nous pouvons voir que les relations avec les parents vécues comme traumatisantes semblent influencer la perception du monde de l'enfant. Ces images négatives entravent par conséquent le processus d'identification. Les enfants apparaissent comme particulièrement démunis et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes correspond à une image faible, passive ou marquée de démission face aux menaces provenant de l'extérieur. (Caufriez et Frydman, 1986),

Ainsi, la perception que l'enfant aura de lui-même sera Co-déterminé par les attributions et les réponses parentales de la mère et du père. (F.G.Carrière, 2001, p 70).

Conclusion du chapitre

La représentation de soi chez l'enfant dépend de la présence et de la disponibilité des parents à travers la procuration adéquate aux besoins de l'enfant. Grace à ces images parentales contenantes, l'enfant parvient donc à la construction d'une bonne représentation de soi.

Partie
Méthodologique

Chapitre IV
Méthodologie d'étude

Chapitre IV : Partie méthodologique

Préambule

Dans ce chapitre, nous allons retracer l'ensemble des étapes de la réalisation de notre thème d'étude qui est «Le traumatisme psychique chez les enfants assistés». De ce fait, nous débutons par la définition des concepts et leurs opérationnalisations, suivis de la présentation de notre pré-enquête, de la description du lieu et de groupe de recherche et ensuite nous présentons les techniques que nous avons utilisées ainsi que leurs analyses.

IV.1)- Définition des concepts et leurs opérationnalisations

IV.1-1)- Définition des concepts

- Assistanat (abandon)

Le manuel alphabétique de psychiatrie décrit l'abandon comme : *« L'absence, le relâchement ou la rupture d'un lien affectif de soutien entraînant le plus souvent la faillite des obligations morales ou matérielles qui s'y trouvent rattachées ... le désarroi moral, le préjudice social souvent causés à la victime sont des conditions propices à l'éclosion chez cette dernière de troubles névrotiques ou psychotiques réactionnels, troubles dont l'intensité, la durée et les répercussions lointaines varient suivant les sujets et les circonstances ».* (A.Porot, 1975).

- Le traumatisme psychique

Évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. (J.Laplanche et J.B. Pontalis, 1967, p499).

- La représentation de soi

C'est *« un système d'opinions sur soi-même élaboré comme résultante de toutes les expériences personnelles antérieures et de toutes les relations soi-autrui » est une notion complexe, qui peut être analysée à trois niveaux individuel, collectif, qui sont intimement liés. Le niveau social est distingué pour des raisons de représentation, mais il est également en interaction constante avec les deux niveaux précédentes ».* (Dominique.B, Odile.P-S, 1997, p206).

IV.1.2) - Opérationnalisation des concepts

- **Assistanat (enfant assisté)**

- Enfant séparé de ses parents pour une longue période ou à vie.
- Aide matériel et moral de l'état.
- Abandonné et placé dans une institution.
- Bénéficie de l'assistance publique ou judiciaire.
- Ignore ses origines biologiques.

- **Le traumatisme psychique**

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement.
- Cauchemars répétitifs (réviviscence).
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices de l'évènement.
- Évitement des stimuli.
- Activation neurovégétative : troubles du sommeil, irritabilité difficulté de concentration, sursaut.

- **Le traumatisme psychique chez l'enfant**

- Sursaut.
- Irritabilité.
- Anxiété de séparation.
- Jeu post-traumatique.
- Perturbation du sommeil.
- Cauchemars (terreurs nocturnes).
- Manifestations psychosomatiques.

- **La représentation de soi**

- La manière dont les gens construisent leurs conceptions d'eux-mêmes.
- Auto-évaluation de soi dans certaines tâches ou situations.
- évaluation vis-à-vis de soi-même.
- L'image de la personne dans le miroir.

- La nature des relations avec l'environnement.
- L'image qu'à la personne d'elle-même et de son corps.
- La personne qu'à laquelle on s'identifie.

IV.2) - La démarche de la recherche et la population d'étude

IV.2.1) - La pré-enquête

La pré-enquête représente une étape très importante dans notre projet de recherche puisque c'est durant cette étape que nous devons recueillir des informations sur notre thème, vérifier la présence d'un groupe de recherche et sa correspondance à la thématique, bien cerner la problématique et bien poser les hypothèses.

Notre pré-enquête a été entamée par une prise de contact avec la direction de l'action sociale de la wilaya de Béjaïa qui nous a orientées vers un foyer pour enfants assistés sis à sa proximité. Malheureusement, ce foyer ne présentait aucun échantillon d'étude convenable à notre thème de recherche. Nous avons alors été orientées vers la direction de l'action sociale de la wilaya de Sétif qui nous a permis de travailler au foyer de garçons assistés situé à 15 km de la Wilaya.

IV.2.2)- La méthode clinique

Afin de vérifier les hypothèses de notre thème de recherche, nous nous sommes basés dans notre enquête sur la démarche clinique.

- L'étude de cas

C'est une méthode qui permet par le moyen de recueil de données, la compréhension de la personne totale en situation et en interaction. (A.Golma et Coll, 1989, p18).

En effet cette démarche clinique permet l'observation profonde et continue des cas, sachant que cette dernière se centre surtout sur la dynamique des motivations de la personnalité et la compréhension des conflits psychologiques chez l'individu.

C'est un travail d'analyse et de synthèse, chaque étude de cas permet de constituer un tableau clinique. (R. Samacher, 2005, p359).

Elle repose sur un travail d'interprétation du matériel recueillis (observation, entretien, test) et suppose une reprise et un ordonnancement des éléments récoltés. (Ibid, p360).

Il est clair que le but de la démarche clinique c'est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire en arrivant à ces relations actuelles.

Pour cela, dans notre recherche on s'est appuyé sur la méthode qualitative qui vise d'abord à comprendre le phénomène à l'étude, car il s'agit d'établir le sens de propos recueillis ou de comportement observé, ou se base d'avantage sur l'étude de cas ou de petit nombre d'individu, de même ces méthodes font d'avantage appel au jugement; à la finesse de l'observation ou à la compréhension du vécu des personnes. (M.Augers, 1997, pp 60-61).

IV.2.3) - Présentation du lieu de recherche

Notre recherche s'est déroulée au sein du foyer pour enfants assistés de la wilaya de Sétif qui est un établissement à caractère social, hébergeant différents enfants parmi eux les assistés et autres qui souffrent de grave situation sociales. Le foyer procure un climat familial pour la réinsertion sociale et la prise en charge psychologique de chaque enfant pour qu'il devienne un membre actif dans la société.

Ce foyer a pour mission d'accueillir et de prendre en charge en internat des enfants assistés âgés de 6 ans et plus. Son statut et fonctionnement sont régis par Le décret exécutif n° 10 / 147 du 27/05/2010 conforme au décret exécutif n° 20-83 publié le 15/03/1980 portant sur le rôle des enfants assistés, son organisation et sa gestion. L'établissement a ouvert ses portes le 17/09/2011.

- Situation géographique

Le foyer pour enfants assistés (FEA) se situe à la cité EL-HIDHAB d'une distance de 15km du chef lieu de la wilaya.

- Infrastructures

l'établissement occupe un espace de 9916 M² dont 2 182.27 M² de surface bâtie. Il se compose de :

1) - Bloc administratif

- 1 salle de réception et d'orientation.

- 8 bureaux.
- 1 salle de réunion.

2) - Bloc pédagogique

- 4 bureaux (psychologue, assistante sociale, surveillant général).
- 1 salle de consultation médicale.
- 1 salle d'isolement.
- 1 salle de jeux.
- 1 salle d'informatique.
- 2 ateliers (coiffure et dessin).
- 1 terrain de sport (Matica)
- 2 dortoirs.

- Les finalités du foyer pour enfants assistés

- La réinsertion sociale.
- L'aide à la réalisation de l'équilibre psychosocial.
- L'ouverture sur le mode extérieur.

IV.2.4)- Le groupe de recherche

Les critères d'homogénéité retenus

- **L'âge** : tous les cas sont des enfants âgés de 6 à 11 ans, car il s'agit de la période de latence.
- **Le sexe** : sexe masculin parce que le centre est spécialisé pour garçon seulement.
- **La langue** : nous avons choisis la langue Arabe parce que c'est celle que pratiquent ces enfants.

Les critères non pertinents pour la sélection

- **Le niveau socioculturel** : dans notre recherche on n'a pas pris en considération leur niveau d'instruction.
- **L'âge de l'abandon** : l'âge de l'abandon est différent d'un cas à un autre.

Nous avons constitué une population composée de 4 cas, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms, dont le consentement nous a été accordé par le personnel du foyer à savoir le médecin, les éducateurs et le psychologue, car on leur a expliqué qu'il s'agit d'un travail de recherche pour l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique et afin d'explorer la présence d'un traumatisme d'abandon ou non et de découvrir la nature de la représentation de soi chez les enfants assistés.

Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche

<i>Nom</i>	<i>Age</i>	<i>Niveau d'étude</i>	<i>L'âge de l'abandon</i>	<i>Les causes de l'abandon</i>
<i>Mehdi</i>	11 ans	3 ^{ème} année primaire	3 ans	Parents en prison
<i>Nassim</i>	7ans	2 ^{ème} année primaire	Dés la naissance	Né sous x
<i>Bilal</i>	7 ans	1 ^{ère} année primaire	Dés la naissance	Né sous x
<i>Walid</i>	11ans	3 ^{ème} année primaire	Dés la naissance	Né sous x

Tableau n° (1) : Les caractéristiques du groupe de recherche

IV.3)- Les techniques utilisées

La technique de la recherche constitue un moyen de considération de la démarche, donc on a choisi d'utiliser l'entretien clinique qui va nous aider à avoir des informations sur le sujet. Les événements vécus et son histoire, plus un test projectif complémentaire qui est le Thématique Apperception Test (TAT) qui va révéler des indices pertinents sur la possibilité d'un traumatisme psychique et révéler la nature de la représentation de soi chez les enfants assistés, nous allons définir chacun d'eux afin de comprendre leurs contenus et leurs utilités.

IV.3.1)- L'entretien clinique

L'entretien clinique est un outil privilégié de la méthode clinique dans la mesure où il présente une technique de choix dans l'accès à des informations subjectives (histoire de vie, émotions, sentiments, expériences) ainsi qu'à l'actualisation de celles-ci grâce à la parole dirigée à l'encontre du clinicien).

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (H.Benony et K.Chahraoui, 1999, p12).

L'entretien permet donc de recueillir des informations plus personnelles concernant les individus, il comporte une plus grande richesse des données et il facilite l'approche de certains aspects de la personnalité.

L'objectif de l'entretien clinique est de comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique propre à une personne particulière en tenant compte de l'histoire personnelle, de la structure de la personnalité et de l'environnement social. (R.Samacher, 2005, p385).

Dans notre démarche d'étude, nous avons opté pour un entretien semi-directif. Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet et moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (H.Benony et K.Chahraoui, 1999, p16).

Les entretiens furent réalisés dans notre recherche avec plusieurs personnes en contact direct avec les enfants, en l'occurrence le médecin, les éducateurs (ices) et le psychologue. Ces personnes sont à même de nous donner des informations importantes pour notre recherche et qui concerne l'enfant. Puis on a organisé des entretiens avec notre groupe de recherche, pour compléter les renseignements et passer le test projectif (TAT) afin de vérifier la validité de nos hypothèses.

IV.3.1.1)- L'entretien clinique avec le médecin du foyer pour enfants assistés (FEA)

Bien que la consultation du dossier médical de l'enfant comporte de précieux renseignements, sur son passé et regroupe des informations importantes sur les différentes phases de son développement biologique et physique, il nous a été impossible de consulter les dossiers médicaux des cas étudiés, compte tenu que le foyer d'accueil est une institution fermée qui protège la vie privée des enfants et refuse de divulguer des éléments écrits de leur situation, tant bien médical que judiciaire que psychologique mais au moins nous avons pu obtenir de la part du médecin les informations sur les antécédents médicaux.

IV.3.1.2) L'entretien avec les éducateurs

Nous avons choisis de mener un entretien avec les éducateurs, avec leur coopération et leur contact permanent qui leur ont permis de développer une connaissance approfondie sur les enfants.

La collaboration avec nous a été étroite et d'une aide précieuse, car nous avons récolté des informations administratives concernant la date et le lieu de naissance, la date de leur placements au foyer pour enfants assistés, ainsi que leur comportements, le niveau scolaire, le côté relationnel, le développement psychomoteur, l'alimentation et le sommeil, etc.

IV.3.1.3) L'entretien avec la psychologue

Durant notre stage de recherche, deux psychologues nous ont été présentés afin de faciliter notre recherche.

Pour cela, nous avons donc choisi de mener notre entretien avec la psychologue qui a été disponible la matinée vu la distance du centre, seulement nous n'avons pas eu la chance de l'achever à cause de son congé de maternité.

Alors, nous avons opté pour un autre entretien avec la deuxième psychologue avec laquelle nous avons abouti à des informations sur le fonctionnement psychologique des cas étudiés, mais nous avons été confronté à l'absence d'une base de données indiquant leur profil psychologique qui aurait permis d'avoir des renseignements de l'ordre du psychique.

IV.3.1.4) L'entretien avec les enfants

Selon Arfouilloux, l'entretien auprès des enfants a deux buts principaux : « viser à se repérer dans l'histoire personnelle du sujet, à reconstruire son anamnèse et à le localiser dans son environnement réel ; viser à renseigner sur son mode de fonctionnement mental dans la situation donnée, qui est celle de l'entretien, et pourtant d'en tirer des considérations sur son organisation psychique, son degré de maturité et ses modes de réactions ». (J.C.Arfouilloux, 1975, p208).

« Si on recherche des renseignements d'ordre anamnétique ou des précisions sur la vie du sujet, ou aura tendance à poser des questions directes, à faire un interrogatoire, voire une enquête, plutôt qu'à laisser parler le sujet au gré de ses associations d'idées ». (J.C.Arfouilloux, 1975, p 38).

Lorsque l'interviewer essaie de reconstruire l'histoire d'un enfant durant l'entretien avec lui, il rencontre souvent un obstacle méthodologique, l'enfant ne raconte pas directement comme le ferait un adulte. Il est incapable de ramasser les souvenirs de son passé récent et lointain et d'en donner un récit cohérent pour son interlocuteur. Il se montre rarement prêt à commenter les faits de sa vie quotidienne, à les articuler aux événements de son passé ou à des projets d'avenir. (Ibid, pp 38-39).

L'enfant a tendance à taire, à banaliser son vécu, parce que la remémoration des faits avec la charge affective vécus par lui peut réveiller en lui des conflits internes. L'oubli de l'enfant n'est pas un simple effacement de souvenir, mais un travail déclenché par les forces seulement. (Ibid, p41).

IV.3.1.5) Le guide d'entretien

- Guide d'entretien avec le personnel

Renseignements personnels

- 1)- Quelles sont les catégories d'enfants que vous recevez dans ce centre ?
- 2)- Quel est la tranche d'âge de ces enfants ?
- 3)- Ont t-ils été transféré par un autre centre ? À quel âge ?
- 4)- Quel est le centre qui les a accueillis auparavant ?
- 5)- Ces enfants sont-ils abandonnés ou orphelins ?
- 6)- Quel est l'âge de l'abandon de ces enfants ?
- 7)- Sont t-ils scolarisés ou pas ?

I)- Axe relationnel

- 8)- Gardent t-ils contact avec leur parents ?
- 9)- Est-ce que ces enfants arrivent à tisser des liens avec les autres ? Ou ont-ils tendance à s'isoler ?
- 10)- Est-ce que cet enfant aime jouer avec le groupe ?
- 11)- Est-ce qu'il a un comportement agressif à l'égard des autres ?
- 12)- Est-ce qu'il a tendance à voler ou à cacher des objets à ces amis ?

II)- Axe du développement psychomoteur

- 13)- Est-ce que son développement psychomoteur est normal ?
- 14)- A-t-il un retard dans l'acquisition du langage ?
- 15)- Est-ce que cet enfant a acquis la notion de la propreté ? Ou a tendance à se salir ?
- 16)- Est-ce qu'il a acquis son autonomie ?

III)- Axe somatique

- 17)- Est-ce que cet enfant souffre de problème de santé ?
- 18)- Est-ce que cet enfant apprécie la nourriture ?
- 19)- Présente t-il une forme d'anorexie ou de boulimie ?
- 20)- Est-ce que cet enfant souffre souvent de douleurs abdominales, vomissements, nausées, maux de tête ?
- 21)- Est-ce que cet enfant a des difficultés à s'endormir ? Est t-il effrayé par des cauchemars ou des terreurs nocturnes ?
- 22)- Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

- Guide d'entretien avec l'enfant

Renseignements personnels

- 23)- Age.
- 24)- Scolarisé ou pas.

I)- Axe relationnel

- 25)- Est ce que tu t'y plais au centre
- 26)- Que représente pour toi la vie en famille ?
- 27)- Désires-tu reprendre contact avec tes parents ?
- 28)- Qui de tes parents voudrais-tu revoir ? Ou les deux ?
- 29)- Que ressens-tu à leur égard ?

30)- Est ce que tu as des amis ? Que représente t-ils pour toi?

31)- Est ce que tu aimes jouer avec eux ?

II)- Axe de la représentation de soi

32)- Que penses-tu de toi-même ?

33)- Est-ce que tu apprécies ton image ?

34)- Quel regard a-tu de l'image de ton corps ?

35)- Est-ce que l'image que tu reflètes aux autres compte pour toi ?

36)- Est ce que tu te trouves beau ?

37)- Est-ce que tu aimes te regarder dans le miroir ?

38)- Est-ce que tu es attaché à quelqu'un dans le centre ? Qui ? Et pourquoi ?

39)- Est-ce que tu détestes quelqu'un dans le centre ? Qui ? Pourquoi ?

40)- Quel est l'estime que tu as de toi-même ?

41)- Comment tu te sens dans le centre ?

42)- A qui tu voudrais ressembler ? Pourquoi ?

III)- Axe de la projection dans l'avenir

43)- Quels sont tes projets pour demain ?

44)- Quel est le métier que tu veux exercer à l'avenir ?

45)- Quelle est ta vision de l'avenir ?

IV.3.2)- Historique du Thématique Apperception Test (TAT)

Freud a répondu l'idée que les productions artistiques reflètent la personnalité de leur auteur. Mais il n'est pas l'inventeur de cette idée. Il s'inspire notamment du travail de Burckhardt (1855) sur la renaissance italienne où le type de personnalité et l'atmosphère propres à cette époque étaient recrées à partir de l'analyse des œuvres d'art qu'elle avait produites. Freud consigne pour la première fois son idée à propos du Werther de Goethe dans le manuscrit N qu'il envoie à Fliess le 31 mai 1897, il la développe ensuite très souvent à propos d'Œdipe-Roi, d'Hamlet, du romancier C.F.Meyer, de Léonard de Vinci le premier ouvrage publié où il applique systématiquement est consacré à l'analyse du roman : la Grazia, de Jensen (1906). En cette même année 1907 Brittain publie une épreuve pour l'étude de l'imagination qui anticipe exactement le TAT : 9 images étaient présentées à des adolescents qui devaient rédiger les histoires qu'elles leur suggéraient. Méconnue pendant vingt-cinq ans la technique de Brittain fut reprise en 1932 par Schwartz, de Detroit, sous forme d'un test d'image de situation sociale, qu'il employa pour l'expertise des

mineurs délinquants. En 1935, Morgan et Murray publièrent la première forme du Thématique Apperception Test (Test d'Apperception des Thèmes ; TAT). En 1938, Murray en intégra les résultats à sa doctrine de la personnalité. En 1943, il publia la forme définitive du test (troisième forme) avec le Manuel d'application actuellement utilisé. (D.Anzieu, C.Chabert, 2004, pp 131-132).

IV.3.2.1) Le matériel du TAT

C'est une série d'images présentées au sujet, lui a toujours échappé à la réflexion sérieuse, l'attention des chercheurs étant focalisée sur les récits fournis par les individus, c'est-à-dire sur les modèles particuliers d'élaboration. (V.Shentoub, 1990, p27).

Selon V.Shentoub, le matériel de l'édition originale comprenant 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. Ce sont les planches 1, 2, 3BM, 4, 5 proposées aux garçons et aux filles ; aux hommes et aux femmes ; 6BM, 7BM et 8BM proposées aux garçons et aux hommes ; 6GF, 7GF et 9GF, proposées aux filles et aux femmes ; 10, 11, 12BG, 13B, 19 et 16, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes et 13MF proposée uniquement aux sujets adultes, hommes et femmes. (F.Brelet et C.Chabert, 2003, p34).

L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 doit être proposée à la fin de la passation. Cependant, le déroulement d'épreuves du T.A.T confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches allant des situations les plus structurées aux moins structurées : les dix premières planches plus figuratives, présentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19 et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis. (Ibid)

N° Planche Sexe et âge	1	2	3BM	4	5	6BM / 7BM	6GF / 7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
<i>Homme</i>	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*
<i>Femme</i>	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Garçon</i>	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*		*	*
<i>Fille</i>	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*		*	*

Tableau N° (2) : Récapitulatif de l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe et de l'âge du sujet.

IV.3.2.2) La consigne du T.A.T

Selon V.Shentoub, la consigne « Imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée. Constitue l'un des trois paramètres de la situation T.A.T (matériel, consigne, présence de l'examineur). Elle pose une contradiction plus en moins difficile à accepter et à surmonter : il s'agit en effet d'« imaginer », ce qui suppose une baisse du contrôle, et en même temps de prendre en compte les éléments de réalité (le matériel), ce qui suppose le maintien d'une certaine vigilance, en bref, cette consigne appelle simultanément la mobilisation des capacités de secondarisations (l'histoire doit être cohérente, compréhensible) et une régression suffisante pour que l'accès aux fantasmes et au processus primaires soit ouvert. (D.Anzieu et Coll, 2004, pp136-137).

La consigne proposée est conflictuelle, elle implique deux mouvements contradictoires : raconter à partir d'une perception partageable, V.Shentoub, appelle le contenu manifeste de la planche, un récit cohérent et transmissible à autrui ; mais dans le même temps l'investissement du fantasme qu'on appelle l'évocation d'un « imaginez » entraîne pour le sujet l'acceptation du « laisser aller » et une certaine régression formelle de la pensée. La menace de débordement par les charges affectives mises en mouvement se fait plus présente, si le réinvestissement de la fantasmagorie individuelle, élaborée autour du fantasmagorie originaire partagés par tous appelle un fonctionnement selon le principe de plaisir, « le contenu manifeste fixe les limites à la fantaisie en faisant appel au principe de réalité ». (F.Brelet, 1996, p17).

La consigne qu'on a énoncée pour les sujets est traduite à la langue que parle le sujet, respectant toujours l'évocation des deux pôles de la consigne originale, on fait appel à l'imaginaire et les fantasmes en mettant en relation avec la perception de contenu des planches présentées. On explique aux patients la situation de test, disant qu'il s'agit d'une série de photos qu'on va présenter l'une après l'autre, avec un ordre bien déterminé, demandant en suite qu'il raconte une histoire pour chacune, arrivant à la dernière, la planche 16, selon V.Shentoub, on propose une autre consigne disant « dans cette planche vous me racontez ce que vous voulez ».

IV.4) L'analyse des techniques utilisées

IV.4.1) L'analyse de l'entretien clinique semi-directif

L'analyse de l'entretien clinique semi-directif s'est fait suivant la méthode d'analyse qualitative qui est définie comme « *Une démarche discussive de reformulation, d'explication ou de théorisation de données d'enquête, dont la logique participe à la découverte et à la construction du sens* ». (Baillé, Mucchielli, 2005, p5).

De son côté Bardin (2003) ensuite que l'analyse du contenu est « *un instrument d'investigation applicable à des messages de nature très différentes : diffusion de masse, entretien clinique ou matériaux d'enquête* ». (Bardin, 2003 p14).

Nous avons investis les axes du guide d'entretien et nous les avons interprétés cliniquement cette interprétation thématique appelée aussi analyse thématique représente un outil précis pour notre travail pour sa simplicité, sa rapidité et son efficacité. L'analyse est faite en rapport avec l'orientation de recherche, c'est-à-dire la problématique et ses questions.

IV.4.2) L'analyse du T.A.T

D'emblée, V.Shentoub avait été sensible à la nécessité de mettre au point un instrument interprétatif qui puisse servir de référence au psychologue dans son effort pour rendre compte de la forme donnée au texte du récit, puisque seule celle-ci permet de rendre compte du fonctionnement de chaque individu dans son originalité. (F.Brelet, 1996, p33).

Une fois la question est terminée, et le protocole recueilli, on s'attache au dépouillement, c'est la phase de l'analyse et de l'interprétation du protocole. Ce travail portera sur le texte des récits raconté par le sujet, noté dans l'ordre de présentation des planches. Pour l'analyse, on s'est basé sur la fiche de dépouillement de V.Shentoub. (Ibid).

La feuille de dépouillement qu'elle propose est cohérente à sa théorisation : elle met en évidence des modes de constrictions de l'histoire qui permettent de reprendre à la fois à sa prise en charge dans un récit communicable, lisible. Grâce à ces procédés, le conflit qu'a réactivé la présentation de la planche trouve résolution. (Ibid).

IV.4.2.1)- Les mécanismes de défense

Selon V.Shentoub, le T.A.T est utilisé dans une perspective clinique et dynamique. La méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en œuvre dans l'élaboration des récits celle-ci est facilitée par l'utilisation de la fiche de dépouillement du T.A.T qui énonce et regroupe les principales catégories de procédés. L'activité défensive existe dans toute organisation psychique qu'elle soit normale ou pathologique.

-Les procédés de la série « A » intrapsychique et « B » interpersonnel

Les deux premières catégories qui regroupent les procédés des séries « A » et « B » renvoient à des procédés d'élaboration du discours susceptibles d'être sous-tendus par des mécanismes de défense névrotique (et en particulier le refoulement) témoins de l'existence d'une conflictualisation intrapsychique et notamment d'une lutte entre les systèmes de l'appareil psychique. Dans la série « A » est pris en charge par la pensée porteuse de l'expression du désir et de la défense, dans la série « B » par la mise en scène des relations interpersonnelles qui vient figurer l'affrontement entre les instances.

La série « A » correspond à la défense par la réalité contre les fantasmes et la série « B » à la défense par la fantaisie contre la réalité.

-Les procédés de série « C » évitement de conflit

On distingue cinq séries de procédés

- **Les procédés de la série « C/P » :** Ils relèvent spécifiquement d'aménagements phobiques dans lesquelles dominant l'évitement et la fuite.

Leur association avec des procédés de la série « A » et « B » signe la nature névrotique de conflit.

- **Les procédés de la série « C/N »** : Cette série de procédés renvoie aux modalités narcissiques du fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissiques du fantasme.

- **Les procédés de la série « C/M »** : Il renvoi aux mécanismes de type maniaque pris au sens Kantienne de lutte anti dépressive. Certains cherchent à évacuer les représentations et les affects dépressifs, certains les surinvestissent dans un appel à l'autre.

- **Les procédés de la série « C/C »** : Ils répertorient les conduites agie qui constituent un recours au comportement pendant la passation de test. Ces conduites peuvent être liées à une difficulté momentanée ou durable dans le travail d'élaboration psychique et / ou s'inscrire dans une régulation ou une relance du processus associatif.

- **Les procédés de la série « C/F »** : L'angoisse est en apparence absente et le stimulus est investi comme objet réel et non plus comme source de réactivation fantasmatique comme c'était le cas pour les récits relevant du registre (C/P). L'accent est mis-ici, de façon très spécifique, sur les éléments de la réalité extérieur, le quotidien et les idées reçues qui viennent substituer à un monde interne défaillant.

-Les procédés de la série « E » émergence en processus primaires

Regroupent les modalités de pensées saturées en processus primaires. La présence de mécanisme de la série E en petite quantité est attendue au T.A.T, leur apparition met alors l'accent sur une certaine perméabilité des instances et une souplesse qui autorisent l'irruption et la circulation de fantasme et/ou d'affects plus massifs sans que pour autant le sujet en soit complètement désorganisé. En plus grandes quantités, ils peuvent prendre une connotation beaucoup pathologique s'ils apparaissent de façon dominante et itérative. (V.Shentoub et Coll, 1990, p39).

-La lisibilité

1° procédés présents

A.....

B.....

C Ph.....CF.....CF.....CM.....

D.....

F.....

2° Evaluation des modalités de fonctionnement mental.

Type 1 (lisibilité +)

-Procédés souples et variés (« mixte »).

-Présence des facteurs A1 et B1.

-Affects nuancés.

-Histoires structurées.

-Résonance fantasmatique.

Type 2 (lisibilité ±)

Prédominance des facteurs A2

Et / ou B2

Et / C ou E

Production altérée par les mécanismes mis en œuvre permettant un dégagement partiel (impact fantasmatique sous-jacent).

Type 3 (lisibilité -)

Prédominance des facteurs E et C

Défenses massives, affects massifs, (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

Hypothèses concernant l'organisation structurale.

(Prendre en compte les éléments différentiels suivant : nature du conflit, nature de l'angoisse, type de relation d'objet dominant, stades de fixation-régression dominants, modalités défensives dominantes.

IV.4.2.2) Les contenus manifestes et latents des planches

Planche 1

Contenu manifeste : Un garçon, la tête entre les mains, regarde un violon posé devant lui.

Sollicitation latentes :

-A partir de l'accent porté sur l'immaturité fonctionnelle (il s'agit d'un enfant), c'est une problématique d'impuissance actuelle associée à l'angoisse de castration qui organise, avec bien entendu des destins différents repérables selon la qualité des mouvements identificatoires.

-La solitude de l'enfant, associée à la blessure narcissique imposée par son immaturité, est susceptible de déterminer une angoisse de perte plus ou moins « élaborable ».

Planche 2

Contenu manifeste : Scène champêtre. Au premier plan, une jeune fille avec des livres ; au second plan, un homme avec un cheval, une femme adossée à un arbre. Différence de sexes, pas de différence de générations.

Sollicitations latentes : La planche revoie au triangle œdipien père-mère-fille malgré l'absence de différence de génération au niveau manifeste. Elle met à l'épreuve l'organisation œdipienne et son caractère plus ou moins structurant : attirance de la jeune fille par l'homme, rivalité avec la femme, reconnaissance de l'interdit, renoncement à l'amour œdipien, nostalgie, déclin de l'œdipe. L'interdit et le renoncement auquel il contraint sont éprouvés comme une impossible séparation d'avec les objets originaires. Le sujet reste « colle » au couple en refusant de reconnaître son lien sexuel privilégié, l'exclusion par rapport au couple étant ressentie comme un rejet massif et insupportable.

Planche 3BM

Contenu manifeste : Une personne affalée, appuyée au pied d'une banquette (sexe et âge indéterminés, objet à terre flou).

Sollicitations latentes : (renvoient à la position dépressive avec traduction corporelle)

-Dans un contexte œdipien, c'est la culpabilité dans sa valence dépressive qui est mobilisée. La solitude reste supportable, le travail de renoncement est possible et le déplacement des investissements renouvelable.

-Dans le contexte de la position dépressive telle qu'elle a été élaborée par M.Klein, la problématique de perte d'objet réactivée à cette planche met à l'épreuve les capacités de travail du deuil, la réversibilité des affects dépressifs et l'étayage de désirs, cette planche est très importante pour mettre en évidence

la capacité du sujet à lier les affects (dépression, tristesse) à une représentation (absence, mort, donc perte d'objet).

Planche 4

Contenu manifeste : Une femme, proche d'un homme qui se détourne (différence des sexes, pas de différence de générations).

Sollicitations latentes

-La planche renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple, avec les deux pôles agressivité/ tendresse, ou encore amour/haine. Dans un contexte œdipien, c'est un tiers (la guerre ou une autre femme) qui détermine l'éventuel départ du personnage masculin.

-La planche sollicite, au-delà du conflit du chagrin d'amour, l'angoisse de séparation et d'abandon.

Planche 5

Contenu manifeste : Une femme d'âge moyen, la main sur la poignée de la porte, regarde à l'intérieur d'une pièce.

Sollicitations latentes : (renvoient à une image féminine/ maternelle qui pénètre et regarde)

-Dans un contexte œdipien, la planche ravive la culpabilité liée à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive, la fatigue de la mère apparaît à la fois séductrice et interdicienne.

-Dans un autre registre, ce sont les mouvements ambivalents, plus archaïques, associés à l'angoisse de perdre l'amour de l'objet, qui sont touchés, avec des traitements différents selon les sujets (versant narcissique, dépressif ou persécutif).

Planche 6BM

Contenu manifeste : Au premier plan, un homme jeune, de face ; au second plan, une femme âgée, de profil (différence de générations).

Sollicitations latentes : (renvoient à la relation mère/fils dans un contexte de tristesse)

-Dans un contexte œdipien, la planche s'organise autour d'un fantasme parricide (la tristesse est liée à la mort du père) et met à l'épreuve la reconnaissance de l'interdit de l'inceste.

-Dans un autre registre, la planche ravive les modalités singulières de la relation du fils à la mère dans ses références précoces, donc rattachées à l'angoisse de perdre son amour, mise en conflit avec l'éloignement nécessaires imposé par le renoncement œdipien.

Planche 7BM

Contenu manifeste : deux hommes (dont on ne voit que les têtes) près l'un de l'autre (différence de génération, pas de différence des sexes).

Sollicitations latentes : (renvoient au rapprochement père/fils)

-Dans un contexte œdipien : la planche renvoie à l'ambivalence de la relation avec le père : rivalité ou lien homosexuel au sein de l'œdipe négatif.

-Comme toutes les scènes de rapprochement manifeste, la planche provoque l'association fantasmatique d'une séparation et d'un éloignement.

Planche 8BM

Contenu manifeste : au second plan, un homme couché, deux hommes penchés sur lui avec un instrument (scène d'opération). Au premier plan, un adolescent tournant le dos à la scène, et un fusil (pas de différence des sexes, différence de générations)

Sollicitation latentes : (renvoient à une scène d'agressivité ouverte confrontant des hommes adultes et un adolescent, en positions contrastées active/passive).

-Dans un contexte œdipien, ce sont le désir parricide, la culpabilité, l'angoisse de castration et l'ambivalence vis-à-vis du père qui sont mobilisées.

-En deçà, les pulsions agressives à valence destructrice ravivent des fantasmes d'attaque mortifère contre les objets et l'angoisse de perte consciente.

Planche 10

Contenu manifeste : un couple qui se tient embrassé (pas de différence de générations, flou et ambiguïté dans la différence des sexes).

Sollicitations latentes : (renvoient à l'expression des désirs dans le couple).

-Dans un contexte œdipien, les liaisons sont possibles ou pas entre tendresse et demi sexuel, la référence incestueuse est plus ou moins présente.

-Au-delà des « retrouvailles du couple », c'est la menace de sa séparation qui demeure sous-jacent ou clairement formulé.

Planche 11

Contenu manifeste : paysage chaotique avec de vifs contrastes d'ombre et de clarté, en à pic.

Sollicitation latentes : La planche induit des mouvements régressifs très importants, mettant au jour des problématiques prégénitales singulières, généralement référées à une imago maternelle archaïque.

Planche 12BG

Contenu manifeste : paysage boisé au bord d'un cours d'eau avec au premier plan un arbre et une barque-végétation et arrière-plan imprécis. Aspect aéré et dominante claire.

Sollicitation latentes : Dans un contexte œdipien, on trouve l'évocation de représentations de relatives tendres ou nettement érotisées. Au-delà, les dimensions dépressives et /ou narcissique se manifestent à travers l'impossibilité d'introduire une dimension objectale.

Planche 19

Contenu manifeste : image « surréaliste » de maison sous la neige ou de bateau dans la tempête.

Sollicitations latentes : Mise à l'épreuve des limites entre dedans/dehors, bon/mauvais, et réactivation de problématiques archaïques dépressive et /ou perspective, selon les capacités de contenance et de différenciation du sujet.

Planche 16

Contenu manifeste : carte blanche pour le sujet.

Sollicitations latentes : renvoient à la manière dont le sujet structure ses objets internes et externes et organise ses relations avec eux. (F.Brelet et C.Chabert, 2003, pp 44-50).

IV.4.2.3) Résumé de tous le protocole

En résumé, la démarche d'analyse d'un protocole de T.A.T comporte les étapes suivantes.

L'analyse planche par planche, pour chacune, décryptage des procédés évaluation de la lisibilité, problématique (en référence au contenu latent du matériel).

- L'impression générale.
- Les procédés utilisés.
- La lisibilité générale.
- Les problématiques.
- Évaluation qualitative des procédés présents.

8) Le traumatisme psychique à travers le test TAT

Le traumatisme psychique peut être dégagé à travers le TAT par :

- La prédominance des facteurs d'évitement du conflit. Notamment, les procédés d'inhibition tels que : le temps de latence et total long, silence important intrarécit, tendance au refus, la tendance générale à la restriction et la sidération.
- Les lisibilités moyennes et mauvaises.
- La non perception et la non élaboration des problématiques.

9)- La représentation de soi à travers le test TAT

La représentation de soi peut être dégagé à travers le TAT par :

- Le test permet un discours mobilisé par l'identité de la personne dans son inscription générationnelle et sexuelle.
- Investigation des modalités d'assurance identitaire qui sont l'espace corporel subjectif et l'inscription générationnelle et sexuelle.
- La prédominance des processus primaires. Notamment, le scotome d'objet manifeste, confusion des identités et identification ainsi que l'anonymat des personnages.
- Capacité d'investissement narcissique.
- Porosité des limites qui renvoie à une différenciation partielle entre dedans et dehors.
- La nature de l'image du corps.

Conclusion du chapitre

La méthodologie constitue une étape primordiale dans la réalisation d'un travail scientifique.

Dans notre recherche, nous nous sommes basées sur la méthode clinique. Notre groupe de recherche est constitué de quatre cas réalisés au niveau du foyer pour enfants assistés, concernant la collecte des données nous avons opté pour un entretien clinique semi directif suivi du test projectif TAT afin d'atteindre les objectifs de cette recherche.

Partie Pratique

Chapitre V

Présentation et

Analyse des résultats

Chapitre V : Présentation et Analyse des résultats

V.1) Cas Mehdi

1.1) - Données et analyse des entretiens

1.1.1) - Présentation du cas Mehdi

Mehdi est un garçon âgé de 11ans, cinquième de sa fratrie, scolarisé en troisième année primaire. Placé dans le foyer pour enfants assistés à l'âge de 3ans, suite au meurtre de sa sœur avec préméditation par son père et sa mère comme complice. Cette dernière a été condamnée à la réclusion de 7ans, après avoir purgé sa peine, elle a été placée à l'hôpital psychiatrique et a refusé de reprendre ses enfants. Quant à son père il a été condamné à la peine de mort. On conçoit que Mehdi a vécu dans une famille défaillante et carentielle dont les parents relèvent du fonctionnement psychopathologique.

1.1.2)-Donnés et analyse de l'entretien avec le médecin

Les informations que nous a révélé le médecin du foyer sur l'état de santé de Mehdi sont les suivantes : d'abord un état de santé compliqué en raison d'hospitalisations à plusieurs reprises avec atteinte d'anémie, et d'après les analyses effectuées, la cause principale de cette anémie est due a une maladie cœliaque qui est une maladie chronique de l'intestin déclenchée par la consommation du gluten (mélange de protéine contenue dans certains céréales comme le blé ,orge, seigle) Elle se manifeste principalement par des symptômes digestifs (vomissements ,douleurs abdominales récidivantes, appétit diminuée, anomalie de l'émail dentaire, irritabilité). Ces manifestations psychosomatiques traduisent, la négligence et la maltraitance de Mehdi qui s'est vu offrir du gluten par ses parents alors qu'il ne le fallait pas. Peut être aussi une présence des signes d'un traumatisme psychique chez Mehdi.

Au début, Mehdi n'a pas pu accepter sa maladie sans doute par le sentiment de privation de quelques aliments que les autres enfants ont le droit de prendre. Désormais, Mehdi accepte sa maladie et suit son régime alimentaire convenablement.

1.1.3)-Données et analyse de l'entretien avec les éducateurs

Mehdi est décrit par les éducateurs du foyer comme étant un garçon actif possédant un sens de responsabilité a l'égard de sa fratrie.

Mehdi présente un échec scolaire, comme tous les enfants abandonnés. L'échec scolaire renvoie à un acte conséquent à l'abandon, conséquence des traumatismes narcissiques provoqués par les défaillances de la relation maternelle primaire. Ainsi les rapports de l'enfant à l'objet d'apprentissage sont les mêmes que les rapports qu'il a pu établir avec sa mère.

Du côté relationnel, Mehdi semble plutôt un enfant sociable qui participe aux jeux collectifs avec ses camarades. Ce qui renvoie peut être à un manque de symbolisation. Seulement, il manifeste un comportement agressif à leurs égards et il leur vole des objets pour les cacher ensuite. Cet acte de vol est une manière de restituer le lien perdu sur le mode narcissique. Mehdi a tendance aussi à mentir et présente une énurésie. Mehdi semble donc s'exprimer par des passages à l'acte (mentir, voler, se mouiller) cette symptomatologie comportementale révèle un mal-être qui reflète un environnement carenciel et un manque d'affection.

Côté développement, Mehdi présente un développement psychomoteur et une acquisition du langage normal.

1.1.4)-Données et analyse de l'entretien avec le psychologue

La psychologue du foyer a fourni des informations sur la personnalité de Mehdi qui s'avère fragile tout en possédant une richesse fantasmatique et s'identifie souvent à un héros. Dans son monde imaginaire, plein de fantasmes il essaye de recréer une vie selon ses désirs, ses aspirations. Cette opération de repli est une conduite d'évitement qui le reconforte et le rassure. L'imagination est un refuge qui le sauve d'un monde trop brutal pour lui.

Mehdi souffre de manque de concentration, des troubles de la mémoire, troubles intellectuels et la dysorthographe. L'espace cognitif de Mehdi semble subir les conséquences de la négligence et de l'abandon qu'il a vécu.

Toute la symptomatologie fournie par la psychologue semble révéler des indices précieux quant au traumatisme psychique chez Mehdi.

1.1.5)-Données et analyse de l'entretien clinique avec le cas Mehdi

Au cours de l'entretien, Mehdi était agité et stressé car il n'a pas cessé de bouger tout en changeant de place et de taper sur la table. Ce qui renvoie à l'expression par le comportement.

Coté relationnel, on a constaté que Mehdi souhaite reprendre contact avec sa mère. Par contre il éprouve un sentiment de haine envers son père. au foyer, Mehdi s'est fait quatre amis avec lesquels il s'entend bien et s'embles attaché à eux et aime jouer ensemble.

Coté représentation de soi, Mehdi a une mauvaise image du corps car il se trouve laid et n'éprouve même pas le besoin de se regarder dans le miroir et ne s'estime pas.

Coté projection dans l'avenir, Mehdi ne désire pas quitter le foyer car c'est son seul refuge et concernant ses projets pour l'avenir, Mehdi veut devenir militaire. Ce choix renvoie à la loi, la force et la protection que ses parents n'ont pas pu lui procurer.

1.1.6)- Conclusion des entretiens

D'après les entretiens relatés ci-dessus, nous concluons que Mehdi est un garçon qui s'inscrit plutôt dans le fonctionnement comportemental avec des indices de sevrage, de carence affective, de désorganisation des processus de symbolisation et une difficulté à se représenter.

1.2)- Analyse du protocole du T.A.T

Planche 1

1 ' طفل راه يفكر كفاش يخدم بالقطارة....حاطها على ورقة طويلة 29"

Procédés : Le sujet commence par un accent porté sur le conflit intra personnel (A2-4), on note un silence intrarécit (CI-1) ensuite une description avec attachement aux détails (A1-1) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et /A

La problématique : La problématique de l'immaturation fonctionnelle est perçue par le sujet, car il y a un conflit intrapsychique entre l'incapacité de l'enfant devant l'objet adulte, mais le récit reste peu élaboré à cause de la tendance générale à la restriction.

Planche 2

4 رجال... امرأة... ما فهمتهاش. حصان. جبال. اشجار... مقبرة. امرأة هازة كتاب تحل لكتاب
مربعة يديها... كايين حجار كبار. جبل. 1

Procédés : Le sujet commence par un anonymat de personnages (C1-2) ensuite on note un silence intrarécit (CI-1) puis un anonymat de personnages (C1-2), un silence intrarécit (CI-1), une idéalisation de la représentation de soi à valence négative (CN-2), un appui sur le perceptionnel (CL-2) puis un silence intrarécit (CI-1), une fausse perception (E1-3) une description avec attachements aux détails (A1-1), un silence intrarécit (CI-1) et isolation entre représentations (A3-4).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et / A

Et / E

Problématique : La problématique de la triangulation œdipienne réactivée par la planche n'est ni perçue ni élaborée par le sujet en raison de l'évitement du conflit.

Planche 3BM

3 “وشنو هاذا... راجل بيكي قدامو مفتاح. راجل قاعد على صور وقدامو مفتاح برك. 38”

Procédés : Le sujet commence par une exclamation (B2-1), un affect fort ou exagéré (B2-2), perception de détails rares ou bizarres (E1-2), anonymat de personnages (C1-2), une fausse perception (E1-3) et un remâchage (A3-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs B

Et / E

Et / C

Et / A

Problématique : La problématique dépressive est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause de l'émergence des processus primaires et la labilité.

Planche 4

“5 مستربين و امرأة.... قاعدة في كرسي. 45”

Procédés : Le sujet commence par une fabulation hors image (E2-1), un silence intra récit (CI-1), ensuite une fausse perception (E1-3) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs E

Et / C

Problématique : La problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité n'est pas perçue et ni élaborée à cause de la fabulation hors image.

Planche 5

“4 تخوف. عجوزة قدام الباب حالة الباب، كتب... مصباح. ازهار، مكتب، مصحف.... درج. 58”

Procédés : Le sujet commence par un affect fort ou exagéré (B2-2) ensuite une description avec attachement aux détails (A1-1), puis on note un silence intra récit (CI-1), un appui sur le sensoriel (CL-2) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et / A

Et / B

Problématique : La problématique de l'image maternelle est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause de l'évitement du conflit.

Planche 6BM

“4 راجل و عجوزة برك. في الدار راهم قاعدين. راهي تفكر... تخمم. كيفاش نفهمها؟ تخمم على وليدها. الراجل دار قناع في وجهو باش يخوف الناس. المرأة مربعة يديها. 1”

Procédés : Le sujet commence par un accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire (CF-1), ensuite un accent porté sur le conflit intra personnel (A2-4), appel au clinicien (CM-1), références personnelles (CN-1), une fausse perception (E1-3), et un accent porté sur l'étayage de l'objet à valence négative (CM-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et /E

Et/ A

Problématique : Le sujet a perçu la relation entre la mère et son fils mais il n'a pas pu l'élaborer à cause des mécanismes de l'évitement du conflit.

Planche 7BM

3 "بوتفليقة مع راجل راهم في الصور. بوتفليقة مع خوه ولا مع راجل يحوسو يسرقو حوايج.... مصروف تاع الناس. 47"

Procédés : Le sujet a abordé la planche par des références littéraires et culturelles (A1-4), références personnelles (CN-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et/ A

Problématique : La relation parentale n'est pas perçue ni élaborée par le sujet à cause de l'émergence des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 8BM

3 "رجال يتقاتلو كامل عندهم مواس راهم في الصورة راجل يقتلو فيه. ما فهمتهاش تخلع. يذبحوه طاح و مات... الطفل بعد عليهم ما حبش يدخل. هاو بازوكا... فمبير يعيشوا في الظلمة. هاو الدم. 52"

Procédés : Le sujet commence par un anonymat des personnages (C1-2), ensuite un scotome d'objet manifeste (E1-1), puis une expression crue liée à une thématique agressive (E2-3), un silence intrarécit (CI-1), une idéalisation de la représentation de soi à valence négative (CN-2), expression d'affect fort ou exagéré (B2-2), une expression crue liée à une thématique sexuelle ou agressive (E2-3), un théâtralisme (B2-1), un silence intrarécit (CI-1), description avec attachement aux détails (A1-1), et une fausse perception (E1-3).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et/ E

Et/ B

Et/ A

Problématique : La problématique de l'agressivité est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes de l'évitement du conflit, et l'émergence des processus primaires.

Planche 10

4 “وشنوا هذا.... مرة و راجل يحضنوا في بعضاهم, برك هذا ما كان. 15”

Procédés : Le sujet commence par une exclamation (B2-1), ensuite un détail narcissique à valeur de séduction (B3-2), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs B

Et/ C

Problématique : La problématique de l'expression libidinale au niveau du couple est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause de la tendance générale à la restriction et de la labilité.

Planche 11

4 “خفافيش يطيروا. دار. صور و حيط و برك, أشجار. تخوف. وشنوا هذا حجر. فم. عينين. ما عرفتوش.
1”

Procédés : Le sujet commence par une isolation entre les représentations (A3-4), ensuite on note un silence intrarécit (CI-1), puis un affect fort ou exagéré (B2-2) et une exclamation (B2-1), un appui sur le perceptionnel (CL-2) une idéalisation de la représentation de soi à valence négative (CN-2), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et/ B

Et/ A

Problématique : la problématique archaïque et prégénitale est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes de l'évitement du conflit.

Planche 12BG

3 “أشجار... شجرة. أشجار. حشيش. بابور طاح في الأرض. يزلقوا بيه. يدبروا بيه كل شيء. يصب تلج كيفنا.
53

Procédés : Le sujet commence par une description avec attachement aux détails (A1-1), on note un silence intrarécit (CI-1), une idéalisation de l'objet à valence positive (CN-2), puis un accent porté sur le quotidien (CF-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et/ A

Problématique : Le problème dépressif n'est pas perçu ni élaboré à cause des procédés d'évitement du conflit.

Planche 13B

2 “صور و باب و طفل. مسامر. حجرة و حطب. طفل يدفي في روجو. 39”

Procédés : Le sujet commence son récit par un appui sur le perceptif (CL-2) une fausse perception (E1-3), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C et E

Problématique : La problématique dépressive et la solitude est perçue mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 19

4 “ما فهمت فيه والو... ما فهمتش ما فيها والو. طنوبيل و كتبية بالفرنسية معوجة... و صورة تاع رودا و راجل عندوا عينين برك. دراع تالي, شعر, كراعيه, قرجومتو. 1”

Procédés : Le sujet commence par une idéalisation de la représentation de soi à valence négative (CN-2), on note un silence intrarécit (CI-1), un remâchage (A3-1), une perception des détails rares ou bizarres (E1-2) perception d'objets détériorés (E1-4), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±).

Prédominance des facteurs C

Et/E

Et/ A

Problématique : La problématique de la réactivation prégénitale n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

Planche 16

“6... صور. راجل. دار. امرأة. باطيمما و السماء الزرقاء. كابينين ولاد يلعبوا. اليد... فقط. 1”

Procédés : Le sujet commence son sujet par une isolation entre représentations (A3-4), un anonymat des personnages (C1-2), représentation d'action associés (B2-4), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et/ B

Et/A

Problématique : La problématique de structure d'objet privilégié par le sujet est construite à base d'isolation entre représentations et la tendance générale à la restriction.

1.3)- Les mécanismes de défense à partir du T.A.T

1.3.1)- La première impression d'ensemble de protocole

Le sujet a traité toutes les planches sans aucun refus, on remarque que le sujet utilise un discours restreint et reste dans l'anonymat des personnages.

1.3.2)- Les procédés utilisés

Toutes les séries de la fiche de dépouillement sont présentes à savoir les procédés de l'évitement du conflit C, l'émergence des processus primaires E et la rigidité, et enfin la labilité B. La répartition des procédés n'est pas homogène on remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 56%.

Les procédés de surinvestissement de la réalité externe sont présents dans les planches (6BM et 12BG).

Les procédés d'inhibition sont présent dans les planches (1, 2, 4, 5, 7BM, 10, 11, 12BG, 13B, 19 et 16), et un anonymat des personnages (C1-2) dans les planches (2, 3BM, 8BM et 16).

Les procédés narcissiques sont présents dans les planches (2, 6BM, 7BM, 11, 12BG et 19).

On note aussi une instabilité des limites dans les planches (2, 5, 11 et 13B). Et les procédés antidépressifs dans la planche 6BM.

En deuxième lieu, on remarque l'équivalence des procédés de l'émergence des processus primaires E et ceux de la rigidité avec un pourcentage de 16%.

Les procédés de l'émergence des processus primaires sont présents sous forme d'altération de la perception dans les planches (2, 3BM, 4, 6BM, 8BM, 13B et 19). Et la massivité de la projection dans la planche 8BM.

Pour les procédés de la rigidité, le sujet utilise des références à la réalité externe dans les planches (1, 5, 7BM, 8BM et 12BG). Ainsi, les procédés de l'investissement de la réalité interne dans les planches (1 et 16), puis les procédés de type obsessionnel, notamment le remâchage dans les planches (3BM et 19). Et l'isolation entre représentation dans les planches (2, 11 et 16).

La dernière position est attribuée à la série de labilité avec un pourcentage de 13,33%, le sujet utilise la dramatisation, notamment le théâtralisme dans les planches (8BM, 10 et 11), puis un affect fort ou exagéré dans les planches (3BM, 5, 8BM et 11), ensuite une représentation d'action associé dans la planche 16.

Le sujet utilise les procédés de type hystérique notamment un détail narcissique à valeur de séduction dans la planche 10.

1.3.3) - Les problématiques de tout le protocole

- Les Problématiques œdipiennes

La problématique d'immaturité fonctionnelle dans la planche 1 est perçue par le sujet, car il y a un conflit intrapsychique entre l'incapacité de l'enfant devant l'objet adulte, mais le récit reste peu élaboré à cause de la tendance générale à la restriction. Dans la planche 2, la problématique de la triangulation œdipienne n'est pas perçue par le sujet à cause des mécanismes de l'évitement du conflit. Dans la

planche 4, la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité n'est pas perçue ni élaboré à cause de la fabulation hors image. Dans la planche 5, le sujet a perçu la problématique de l'image maternelle mais il n'a pas pu l'élaboré à cause des mécanismes de l'évitement du conflit. Dans la planche 6BM, le sujet a perçu la relation entre la femme et son fils mais il n'a pas pu l'élaboré à cause des mécanismes de l'évitement du conflit. Dans la planche 8BM, la problématique qui renvoie à la relation parentale n'est pas perçue ni élaborée par le sujet à cause de l'émergence des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 8BM, la problématique de l'agressivité est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes de l'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires. Dans la planche 10, la problématique de l'expression libidinale au niveau du couple est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause de la tendance générale à la restriction et de la labilité.

- Les problématiques dépressives

Dans la planche 3BM, la problématique dépressive est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause de l'émergence des processus primaires et la labilité. Dans la planche 12BG, la problématique dépressive n'est pas perçue ni élaborée à cause des procédés d'évitement du conflit. Dans la planche 13B, la problématique dépressive et la solitude est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

- Les problématiques archaïques

Le sujet a perçu la problématique archaïque et prégénitale dans la planche 11, mais il n'a pas pu l'élaboré à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 19, la problématique de la réactivation prégénitale n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires. Dans la planche 16, la problématique de structure d'objet privilégié par le sujet est construite à base d'isolation entre représentations et tendance générale à la restriction.

1.3.4) Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole, indique que le cas Mehdi mobilise des mécanismes d'évitement du conflit au premier plan. La plupart des problématiques ne sont pas perçues, ni élaborées.

1.4) Le traumatisme psychique et la représentation de soi à travers le TAT

1.4.1) Le traumatisme psychique

D'abord, nous constatons la prédominance des facteurs C avec un pourcentage de 56% notamment les procédés d'inhibition à travers les silences intra-récits, l'utilisation répétée d'un discours restreint dans toutes les planches, la nécessité de l'aider à travers des questions pour formuler ses réponses. Nous remarquons aussi une tendance au refus dans la planche 3BM qui renvoie à la problématique dépressive et qui reflète l'incapacité du sujet à supporter l'angoisse et les difficultés suscitées par les sollicitations latentes de la planche refusée, la sidération ainsi que la lisibilité moyenne et mauvaise dans les planches 4 et 13B qui renvoient respectivement à la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité, et à la problématique dépressive.

Puis, nous constatons que la plupart des planches ne sont pas perçues ni élaborées et certaines lisibilités sont moyennes ce qui souligne une lutte intense entre pulsions et défense et d'autres mauvaises telles que la planche 4 et 13B.

L'ensemble de ces facteurs témoignent peut être d'une présence de signes d'un traumatisme psychique chez ce cas.

1.4.2) La représentation de soi

D'abord, nous avons remarqué que Mehdi utilise beaucoup de gestuelle, montre de qui il parle sur la planche sans les nommer, il reste alors dans l'anonymat des personnages. Ce qui dénote la fragilité du sentiment d'identité.

Ensuite, la dominance des processus primaires E avec un pourcentage de 16%, notamment l'altération de la perception qui dénonce les défaillances des conduites et qui renvoie à une mauvaise représentation de soi, mal individualisée, voire confondue avec l'objet et qui traduit néanmoins l'existence identitaire.

La porosité des limites qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors : celles-ci existent certes mais sont facilement réfractées comme le montre l'hypersensibilité au matériel notamment dans la planche 2 qui renvoie à la problématique de la triangulation œdipienne, la planche 5 qui renvoie à l'image maternelle, la planche 11 qui renvoie à la problématique archaïque et prégénitale et la planche 13B qui renvoie à la problématique dépressive. Puis, l'image du corps morcelée et l'instabilité des identités et les identifications.

Par ailleurs, nous constatons chez Mehdi l'absence de la notion et de la représentation parentale car on ne retrouve ni lien de filiation ni même de différence de génération. L'image maternelle est quasi inexistante, donc on peut supposer que la relation à la mère archaïque a été mauvaise et même défailante. La mère est perçue beaucoup plus comme femme que comme mère ce qui signifie un désir incestueux œdipien.

1.5) Évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
A1-1=4	B2-1=4	F	I	N	L	M	E1-1=1
A1-4=1	B2-2=4	CF-1=2	CI-1=22	CN-1=2	CL-2=4	CM-1=2	E1-2=2
A2-4=2	B2-4=1		C1-2=5	CN-2=5			E1-3=6
A3-1=2	B3-2=1						E1-4=1
A3-4=3							E2-1=1
							E2-3=1
$\Sigma A=12$	$\Sigma B=10$	$\Sigma C/F=$ 2	$\Sigma C/I=2$ 7	$\Sigma C/N=$ 7	$\Sigma C/L=$ 4	$\Sigma C/M=$ 2	$\Sigma E=12$
$\Sigma A=16$ %	$\Sigma B=13,33$ %	$\Sigma C=56\%$					$\Sigma E=16$ %
$\Sigma = 75\%$							

Tableau N°3 - Évaluation quantitative des procédés présents du cas Mehdi

V.2) Cas Nassim

2.1)- Données et analyse de l'entretien clinique semi directif

2.1.1)- Présentation du cas Nassim

Nassim est un garçon âgé de 7 ans, troisième de sa fratrie, scolarisé en 3^{ème} année primaire, enfant né sous x, et abandonné dès sa naissance. Sa mère a assassiné son mari et a été condamnée à la réclusion de perpétuité. Nassim a été placé dans le foyer pour enfants assistés de Bejaia jusqu'à l'âge de 6ans, puis transféré au foyer de Sétif. On conçoit que Nassim a vécu dans un environnement familial défaillant et carenciel mais surtout violent, dont la mère relève du fonctionnement psychopathologique.

2.1.2)- Données et analyse de l'entretien avec le médecin

Les informations que nous avons pu récolter au près du médecin du foyer sur l'état de santé de Nassim sont : un retard staturo-pondéral. Ce retard du développement dont souffre Nassim découle du manque affectif et extrêmement carencées. On conçoit que la négligence et l'abandon vécu par Nassim semble avoir affecté et engendrer des conséquences sur sa santé somatique.

2.1.3)-Données et analyse de l'entretien avec les éducateurs

Nassim est décrit par les éducateurs du foyer comme étant un garçon intelligent têtu avec un fort caractère. À peine arrivé au foyer, il parvient à s'imposer dans le groupe.

Coté scolarité, Nassim est moyen pourtant il est très intelligent, mais son agitation ne lui permet pas de se concentrer. Cette symptomatologie comportementale traduit le désarroi causé par l'abandon et son incapacité d'échapper et de gérer cette situation pénible pour lui.

Coté relationnel, Nassim semble plutôt un enfant sociable qui participe aux jeux collectif avec ses camarades. Ce qui renvoi peut être à un manque de symbolisation et il a tendance aussi à mentir. Cet acte de mensonge reflète un manque d'affection et un déni d'abandon.

Coté développement, Nassim présente un développement psychomoteur normal et un trouble du langage ce qui reflète la pauvreté et la rareté du contact et cristallise les angoisses de séparation de l'enfant avec la mère, concernant

l'acquisition de la propreté elle est acquise chez Nassim, à l'exception des premiers jours de son arrivé au foyer où il a présenté de l'énurésie. Le déplacement vient alors bousculer le quotidien de Nassim. On remarque alors que le fait de quitter le premier environnement vient réveiller une angoisse latente chez le sujet.

2.1.4)- Donnés et analyse de l'entretien avec la psychologue

La psychologue du foyer a fournit des informations sur la personnalité de Nassim qui s'avère forte, mais il a tendance à dramatiser. Ce besoin inventer des d'histoires coïncide avec le sevrage et la séparation brusque qu'il a vécu. Il présente aussi un trouble de l'humeur. Ce qui reflète une carence affective. D'après la psychologue Nassim ,a une fixation au stade oral. A ce stade la zone érogène est investie car c'est la partie de corps par lequel le bébé rentre en contact avec l'extérieur, permettant: l'apaisement d'un besoin alimentaire, uné expérience de plaisir ou de déplaisir et la relation à l'autre maternel d'abord, puis d'autres objets. Par elle, il découvre aussi la notion de limite entre l'interne et l'externe. Contrairement à Nassim qui a eu une relation maternelle défailante et non contenant. Il semble avoir gardé son seul premier contact avec sa mère lors de la tété.

Toute la symptomatologie fournit par la psychologue semble révéler peut être des indices quant au traumatisme psychique chez Nassim suite à son abandon.

2.1.5)- Donnés et analyse de l'entretien avec le cas Nassim

Au cours de l'entretien, Nassim était calme, coopérant.

Coté relationnel, on a constaté que Nassim semble attaché à Mehdi, un autre garçon du foyer avec lequel il aime jouer. Par contre il déteste deux autres enfants, parce que selon ses dires ils font des relations sexuelles. On constate que Nassim a interprété les faisselles échangé entre eux comme un acte sexuel.

Coté représentation de soi, Nassim a une mauvaise image de son corps car il se trouve laid, et une mauvaise estime de soi parce qu'il se sent inférieur par rapport aux autres enfants vue sa petite taille.

Coté projection dans l'avenir, Nassim ne désire pas quitter le foyer parce qu'il se sent en sécurité, il n'a aucun projet pour l'avenir, il veut juste manger et dormir. L'abandon semble avoir submergé Nassim dans la sidération et la passivité. Il est en quête incessante de sécurité.

2.1.6)- Conclusion des entretiens sur le cas Nassim

On conclut que Nassim est inscrit dans un mode d'inhibition, de sidération et de carence affective ainsi qu'une désorganisation des processus de symbolisation.

2.2 - Analyse du protocole TAT du cas Nassim

Planche 1

8 " طفل يقرأ القرآن... طفل يفكر على قران. 4"

Procédés : après un temps de latence (CI-1), et un scotome d'objet manifeste (E1-1), le sujet a donné un récit personnel qui ne correspond pas au stimulus (E2-1) puis on note un silence intra récit (CI-1), la présence d'une référence sociale (A1-3), un anonymat des personnages (C1-2) et une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et /E

Et /A

Problématique : La problématique de l'immaturité fonctionnelle n'est pas perçue par le sujet ni élaborée à cause du scotome d'objet manifeste l'inadéquation du thème au stimulus et la tendance générale à la restriction.

Planche 2

3 " امرأة في يدها كراس و لا حجرة... امرأة. رجل يركب في حصان... حجرة. 4"

Procédés : le sujet a abordé la planche par une référence à la réalité externe (CF-1) avec hésitation (A3-1), puis un silence intra récit (CI-1) avec une fausse perception (E1-3), un anonymat des personnages (C1-2), un silence intra récit (CI-1), un remâchage (A3-1) et enfin une association courte (E4-3).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et/E

Et/A

Problématique : La problématique de la triangulation réactivée par la planche n'est pas perçue ni élaborée en raison de l'évitement du conflit.

Planche 3BM

10 "رجل...سراق يدير حاجة في راسو بان يسرق...بان لي تعب كدار يدها كدة...ما نعرف كيفاه
مخدوم...ما نعرفش اصلا...ما نفدرش ننتطقها. لوكان جات كتيبة...ما قدرتش ننتطقها. 4"

Procédés : Après un temps de latence (CI-1), le sujet commence par un anonymat de personnage (C1-2), ensuite on note un silence intra récit (CI-1) puis une fausse perception (E1-3), un silence intra récit (CI-1), une description avec attachement aux détails (A1-1) et un silence intra récit (CI-1), puis un appel au clinicien (CM-1), un silence intra récit (CI-1), on note une tendance au refus (CI-1), un silence intra récit (CI-1), trouble de syntaxe (E4-1), un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1), un silence intra récit (CI-1) et pour terminer un remâchage (A3-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et / A

Et / E

Problématique : La problématique dépressive n'est pas perçue par le sujet ni élaboré à cause de la fausse perception.

Planche 4

3 "امراة تحكم راجلها و هذا رجل يخزر في الحيط و لا في الناس. امراة حاكمة ابوها. امراة تهدر مع
ابوها...هاذي بنت تخزر في ابوها...ما بغاهش هي حكمتو هو ما بغاش يشوفها بغ يروح. 2"

Procédés : Le sujet a abordé la planche par une référence à la réalité externe (CF-1), ensuite un anonymat de personnage (C1-2) avec hésitation (A3-1), une confusion des identités (E3-1), puis un silence intra récit (CI-1), une annulation (A3-2), une confusion des identités (E3-1), un remâchage (A3-1), un silence intra récit (CI-1), une érotisation des relations (B3-2), une description avec attachement aux détails (A1-1), et une érotisation des relations (B3-2).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et/A

Et/E

Et/B

Problématique : La problématique conflictuelle du couple avec le pôle d'agressivité est perçue mais non élaborée à cause de la rigidité, les mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

Planche 5

6 "هاذي ام تطل على الازهار... داخله دات كتاب تقراه... كتاب... ازهار. هذا تاع الضوء. 3"

Procédés : Le sujet a abordé la planche par une référence à la réalité externe (CF-1), on note un silence intra récit (CI-1), une fausse perception (E1-3), un silence intra récit (CI-1), un remâchage (A3-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et/A

Et/E

Problématique : La problématique de l'image maternelle est perçue par le sujet et non élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 6BM

1 'امراة تطل في النافذة و هذا أبوها راح يهز حجرة. 1"

Procédés : Le sujet a commencé son récit par une description avec attachement aux détails (A1-1), une fausse perception (E1-3), on note un silence intra récit (CI-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et /A

Et/ E

Problématique : Le sujet n'a pas perçu la relation entre la femme et son fils ni élaboré à cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

Planche 7BM

4 “رجل يهدر مع خالو و الاب ما هوش يهدر. 1”

Procédés : Un accent porté sur les relations interpersonnelles mise en dialogue (B1-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs B

Et/C

Problématique : Le sujet n'a pas perçu la relation parentale ni élaborée à cause de la labilité et les mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 8BM

8 “طبيب. هذا موسى... هذا سراق... يذبح الراجل. 5”

Procédés : Après un temps de latence de (CI-1), on note un appui sur le sensoriel (CL-2), une expression crue liée à une thématique agressive (E2-3), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C

Problématique : La problématique de l'agressivité au quelle renvoie la planche est perçue par l'expression de la thématique agressive mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 10

6 “هذا رجل. خروف ذبحة. خروف. رجل. الرجل يذبح الخروف و يحط في الارض. 1”

Procédés : Le sujet commence par un anonymat de personnage (C1-2), une fausse perception (E1-3), un remâchage (A3-1), un silence intra récit (CI-1), et un flou du discours (E4-2), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C

Et / E

Problématique : La problématique de l'expression libidinale au niveau du couple n'est pas perçue, sous l'influence de l'anonymat des personnages, des fausses perceptions et de la thématique agressive.

Planche 11

7 "ما فهمتش هاذ الصورة... ما فهمتش... ما عرفتش ما فيهاش مخالطة. مخط. ما بيانوش رجال بيانو حيوانات. ما قدرتش نفهم فيها حتى حاجة. 1"

Procédés : Le sujet commence par un appel au clinicien (CM-1), ensuite on note un silence intra récit (CI-1), un remâchage (A3-1), un silence intra récit (CI-1), une persévération (E2-1), une hésitation entre interprétation différentes (A3-1), et enfin on note un flou du discours (E4-2).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et /E

Et /A

Problématique : La problématique archaïque et prégénitale de la planche est perçue, mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 12BG

52 "شجرة جديدة . يحط الاوراق في الحديد في البرد. شجرة تبرد كي يجي الريح تحط الاوراق و هنا عشب. 1"

Procédés : Après un temps de latence de (CI-1), le sujet aborde la planche par une description avec attachement aux détails (A1-1), ensuite on note une fausse perception (E1-3), une intellectualisation (A2-2), un remâchage (A3-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs A

Et /C

Et /E

Problématique : La problématique dépressive réactivée par la planche n'est pas perçue ni élaborée à cause de la rigidité et des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 13B

4 “ طفل قاعد في اللوح قدام الباب و يشوف ريح. شمس و لا ما عرفتش...قاعد في اللوح و حفيان في الحجر...تدخل عليه قزيزة كراعو حفيان... هذا الصف ما عرفتشو حجر و لا ارض. 4 “

Procédés : Une entrée directe dans l'expression (B2-1), un accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire (CF-1), un silence intra récit (CI-1), un remâchage (A3-1), une intellectualisation (A2-2), un silence intra récit (CI-1) une fausse perception (E1-3), et une perception de détails rare (E1-2).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs

Et /C

Et /B

Problématique : La problématique dépressive au quelle renvoie le matériel est perçue mais n'est pas élaborée à cause de la rigidité et les mécanismes d'évitement de conflit.

Planche 19

11 “ تراكتور. يد اصابع...جابو الراجل باش ينحي حشيش صغار...كلب يخزر للشجار اليمنى. كحل ما عرفتهومش. 3 “

Procédés : Après un temps de latence (CI-1), on note une isolation entre représentation (A3-4), ensuite un silence intra récit (CI-1), une introduction de personnages non figurant sur l'image (B1-2), commentaires personnels (B2-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne)

Prédominance des facteurs C

Et /B

Et /A

Problématique : La problématique pré-génitale de la planche n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 16

3 “ ما عندي حتى حكاية...ما عرفتش...ما نيش نخم...ما عنديش حكاية أصلا...ما عنديش...ما عنديش ما نخممش...الصباح ما نقدرش نخم. نسيت واش نخم في الليل...ما كانش فرق بين الصور و هادي...راهم كيف كيف. 5 “

Procédés : Un silence intra récit (CI-1), un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1), un silence intra récit (CI-1), un remâchage (A3-1), un silence intra récit (CI-1), un remâchage (A3-1), un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1), des fausses perceptions (E1-3), associations courtes (E4-3).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs

Et/A

Et/ E

Problématique : La problématique n'est ni perçue ni élaborée à cause de refus de la planche.

2.3)- Mécanismes de défense à partir du TAT

2.3.1)-La première impression à partir du TAT

Le sujet a traité toutes les planches sauf la planche 16, on remarque que le sujet utilise un discours restreint et reste dans l'anonymat des personnages.

2.3.2)-Les procédés utilisés

Toutes les séries de la fiche de dépouillement sont présentes à savoir, les procédés d'évitement du conflit C, de rigidité A, l'émergence des processus primaires E, et enfin la labilité B. La répartition des procédés n'est pas homogène, on remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 53,12%.

Les procédés d'inhibition étaient présents dans toutes les planches (1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 10, 11, 12BG, 13B, 19 et 16) et un anonymat des personnages (C1-2) dans les planches (1, 2, 3BM, 4 et 10).

Les procédés narcissiques sont présents dans les planches (3BM, 7BM, 11 et 16). On note aussi un surinvestissement de la réalité externe dans les planches (4, 5 et 13B).

Le sujet utilise la labilité l'instabilité des limites dans la planche (8BM) et les procédés antidépressifs dans la planche (3BM).

Le registre de rigidité arrive en deuxième position avec un pourcentage de 20,83%.

Le sujet utilise les procédés de type obsessionnel notamment le remâchage et hésitation entre interprétations différentes dans les planches (2, 3BM, 4, 5, 10, 11, 12BG, 13B et 16).

Le sujet utilise des références à la réalité externe dans les planches (3BM, 4 et 6BM) ainsi que les procédés de type obsessionnel dans les planches (2, 4 et 19).

Pour l'émergence des processus primaires ils sont à la troisième position avec un pourcentage de 19,79%. Le sujet utilise une altération de la perception notamment dans les planches (2, 3BM, 5, 6BM, 10, 12BG et 16), puis une massivité de la projection dans les planches (1, 8BM, 10 et 11), ensuite la désorganisation des repères identitaires et objectaux dans les planches (4 et 11) et enfin une altération du discours dans la planche (3BM).

La dernière position est attribuée à la série de labilité avec un pourcentage de 6,25%, le sujet utilise un accent porté sur les relations interpersonnelles, mise en dialogue dans la planche (7BM), ensuite l'introduction de personnages non figurant sur l'image dans la planche (19) puis une entrée directe dans l'expression et commentaires personnels dans les planches (13B et 19) et enfin l'érotisation des relations dans la planche (4).

2.3.3)- Les problématiques de tout le protocole

- Les Problématiques œdipiennes

La problématique d'immaturation fonctionnelle réactivée par la planche n'est pas perçue ni élaborée par le sujet à cause de l'émergence des processus primaires et la tendance générale à la restriction. Dans la planche 2, la problématique de la triangulation œdipienne n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes de l'évitement du conflit. Dans la planche 4, la problématique dépressive est perçue mais n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et la rigidité. Dans la planche 5, le sujet a perçue la problématique de l'image maternelle mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 6BM, la relation entre la mère et son fils n'est pas perçue n'est élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires. Dans la planche 8BM, la problématique de l'agressivité est perçue par le sujet mais non élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 10, la problématique qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du

couple n'est pas perçue ni élaborée sous l'influence de l'anonymat des personnages et l'émergence des processus primaires.

-Les Problématiques dépressives

Dans la planche 3BM, la problématique dépressive n'est pas perçue ni élaborée par le sujet à cause de l'émergence des processus primaires. Dans la planche 12BG, la problématique dépressive n'est ni perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et la rigidité. Dans la planche 13B, le sujet a perçu la problématique mais il n'a pas pu l'élaborer à cause de la rigidité et des mécanismes d'évitement du conflit.

- Les problématiques archaïques

Le sujet a perçu la problématique archaïque dans la planche 11 mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 19, la problématique n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 16, on note une tendance au refus à cause de l'angoisse.

2.3.4) Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole, indique que le sujet mobilise des mécanismes d'évitement du conflit au premier plan. La plupart des problématiques ne sont pas perçues ni élaborées.

2.4) Le traumatisme psychique et la représentation de soi à travers le TAT

2.4.1) Le traumatisme psychique à travers le TAT du cas Nassim

D'abord, nous constatons la prédominance des facteurs C avec un pourcentage de 54,12%. Notamment l'utilisation répétée d'un discours restreint et qu'il faut lui poser plusieurs questions pour l'aider à formuler ses réponses, ainsi que les silences intrarécit, un temps de latence long dans certaines planches.

Ensuite, nous notons un récit court dans toutes les planches, et une tendance au refus dans la planche 16, ce qui renvoie à l'angoisse de Nassim devant l'absence d'objets car cette planche réveille ses angoisses profondes ainsi qu'une fragilité narcissique.

Puis, nous constatons que la plupart des planches ne sont pas perçues ni élaborées et certaines lisibilités sont mauvaises (la planche 8BM qui renvoie à la problématique d'agressivité, et la planche 10 qui renvoie à l'expression libidinales

au niveau du couple) et d'autres moyennes (les planches restantes), ce qui souligne une lutte intense entre pulsion et défense.

L'ensemble de ces facteurs témoignent peut être d'une présence de signes traumatisme psychique chez ce cas.

2.4.2) La représentation de soi

Nous avons remarqué que Nassim utilise beaucoup de gestuelle, montre de qui il parle sans les nommer. Il reste alors dans l'anonymat des personnages à travers l'absence de la notion et de la représentation parentale car on retrouve ni lien d'affiliation, ni même de différence de générations. L'image maternelle est quasi-inexistante ce qui suppose alors la défaillance de la relation archaïque avec la mère

Ensuite, la dominance des processus primaires avec un pourcentage de 19,79%, notamment les défaillances des conduites qui renvoi à une mauvaise représentation de soi, mal individualisée, voire confondu avec l'objet et qui traduit néanmoins l'existence identitaire, et le scotome d'objet manifeste dans la planche 1 qui renvoie à l'immaturation fonctionnelle ce qui dénote un sentiment d'incompétence, de déni, d'incapacité à se confronter aux situations réelles, et d'incapacité perceptive. On observe de simples dérapages vite compensés ou une dégradation importante au réel.

Puis, la massivité de la projection, l'utilisation du (E2-3), qui témoigne de l'envahissement par des représentations et des affects impossibles à contenir. Et la désorganisation des repères identitaires et objectaux, notamment le (E3-3) qui est renvoi à l'inscription temporelle qui définit la continuité du sentiment d'exister est brisée. Ainsi, que l'altération du discours, qui renvoie à la qualité formelle du discours et dévoile l'altération du cours de la pensée.

En outre, la présence des porosités des limites CL qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors. Celles-ci existent certes mais sont facilement réfractées avec un sentiment de fragilité de l'identité et de l'identification.

L'ensemble des ces facteurs témoignent d'une nature mauvaise d'une représentation de soi chez ce cas.

2.5) Évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		F	I	N	L	M	
A1-1=3	B1-1=1	CF-1=3	CI-1=35	CN-1=3	CL- 2=1	CM-1=1	E1-1=1
A1-3=1	B1-2=1		C1- 2=5	CN-2=4			E1-2=1
A3-1=14	B2-1=2		CN-3=1	E1-3=7			
A3-2=1	B3-2=2		E2-1=2				
A3-4=1			E2-3=2				
							E3-1=2
							E4-1=1
							E4-2=1
							E4-3=2
∑A=20	∑B=6	∑C/F=3	∑C/I=32	∑C/N=7	∑C/L= 1	∑C/M=1	∑E=19
∑A=20.83 %	∑B=6.25 %	∑C=54.12%					∑E=19.79%
∑ = 96							

Tableau N°4 : Évaluation quantitative des procédés présents

V.3) Cas Bilal

3.1)- Données et analyse de l'entretien

3.1.1)- Présentation du cas Bilal

Bilal est un garçon âgé de 7 ans, scolarisé en 1^{ère} année primaire, enfant né sous x, et abandonné dès sa naissance. Placé dans le foyer pour enfants assistés d'Oran jusqu'à l'âge de 6 ans, puis transféré au foyer de Sétif. Quant à sa mère qui s'est remariée, tout dans son récit montre qu'elle s'arrange à faire croire à son fils qu'elle l'aime et elle lui promet de le reprendre s'il commet des bêtises alors qu'elle trouve toujours des empêchements et des excuses. On conçoit que la relation maternelle est défaillante, non contenante et carencielle, dont la mère relève du fonctionnement psychopathologique.

3.1.2)- Données et analyse de l'entretien avec le médecin

Les informations que nous avons pu récolter au près du médecin du foyer sur l'état de santé de Bilal sont : atteinte de boulimie. On conçoit que le rejet et l'abandon semble avoir eu des conséquences sur la santé de Bilal et qui renvoi inconsciemment à la recherche de combler le vide affectif dont il souffre.

3.1.3)- Données et analyse de l'entretien avec les éducateurs

Bilal est décrit par les éducateurs du foyer comme étant un garçon éveillé, souriant tout le temps, têtu, n'a peur de personne, tout en étant agressif en s'imposant souvent.

Bilal présente un échec scolaire, comme tout enfant abandonné l'échec scolaire renvoi à un acte conséquent de l'abandon, conséquence des traumatismes narcissiques provoqué par les défaillances de la relation maternelle primaire. Ainsi, les rapports de l'enfant à l'objet d'apprentissage sont les mêmes que les rapports qu'il a pu établir avec sa mère.

Coté relationnel, Bilal semble plutôt un garçon sociable qui participe aux jeux collectif. Ce qui renvoi peut être à un manque de symbolisation. Il manifeste un comportement agressif envers les autres enfants. Il semble donc agir par des passages à l'acte ce qui reflète le désarroi qui résulte d'un manque d'affection.

Coté développement, Bilal présente un développement psychomoteur normal et un trouble du langage. Ce qui résulte du rejet et la négligence. Il semble avoir acquit la notion de la propreté.

3.1.4)- Données et analyse de l'entretien avec la psychologue

La psychologue du foyer a fourni des informations sur Bilal qui paraît réserver, avec un repli sur soi. Ce qui résulte d'une carence affective. Désormais, on remarque une certaine évolution et une volonté dans sa scolarisation.

3.1.5)- Données et analyse de l'entretien avec le cas Bilal

Durant l'entretien, Bilal était très timide, distant, tout en refus et souriait sans cesse et sans prononcer aucun mot. On conçoit que l'abandon a engendrer des conséquences sur l'adaptation sociale.

3.2)- Analyse du protocole de TAT du cas Bilal

PLANCHE 1

1 ' طفل راه يهدر بالتلفون. قاعد في الطاولة. طيارة... راه في الدار... راه في الدار ولا يهدر في التلفون دارو في وذنو هنا. و هاذي طابلة... راه في الليل مبعد ينوض في الصبح باه يقرأ و يكتب مبعد

Procédés: 1" Le sujet commence par un scotome d'objet manifeste(E1-1) ensuite on note un silence intra récit (CI-1), une fausse perception (E1-3) un silence intrarécit (CI-1), une précision temporelle (A1-2) un silence intrarécit(CI-1),perception de détails rares ou bizarre(E1-2),description avec attachement aux détails(A1-1), un silence intrarécit(CI-1) précision temporelle(A1-2), précaution verbale (A3-1), références personnelles(CN-1) une précision temporelle(A1-2) et flou du discours(E4-2).

Lisibilité : Type 2(moyenne ±)

Prédominance des facteurs C et A

Et /ou E

Problématique : La problématique de l'immaturité fonctionnelle n'est ni perçue ni élaborée par le sujet à cause des processus d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

PLANCHE 2

3 “هاذي ام و راجل. و هاذي بقرة. و هذا بر يلعبو... ممبعد صب عليه تراب. ممبعد هذا حجر. هذا تراب. هذا دار. هذا حجرة. 1”

Procédés : le sujet commence par un anonymat des personnages (C1-2) ensuite une fausse perception (E1-3), un silence intrarécit (CI-1) puis une représentation d'action associée à des états de catastrophe (B2-4) un appui sur le perceptionnel (CL-2) et enfin pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2(moyenne±)

Prédominance des facteurs C

Et B

Ou E

La problématique : la problématique de la triangulation réactivée par la planche n'est pas perçue ni élaborée par le sujet à cause des processus d'évitement du conflit.

PLANCHE3 BM

3 “ هذا طفل راه يغسل في وجهو. كراعيه مهبطين. الإبرة و كراعو... دار الإبرة في ذراعو برك. 1”

Procédés : Entrée directe dans l'expression (B2-1), un accent porté sur le quotidien, le faire (CF-1), avec une fausse perception (E1-3), un silence intrarécit (CI-1), description avec attachement aux détails (A1-1), un silence intrarécit (CI-1), une isolation entre représentations (A3-4), un silence intrarécit (CI-1), expression crue liée à une thématique agressive (E2-3) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2(moyenne±)

Prédominance des facteurs

Et/ ou E

Λ

La problématique : la problématique dépressive n'est pas perçue ni élaboré par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

PLANCHE 4

“6 ام و راجل خرجوا في الباب و ام بقات في الدار ممبعد سكروا عليهم الباب و راهم برا برك. 45”

Procédés : le sujet commence par une confusion des identités (E3-1) une fausse perception (E1-3), introduction de personnages non figurant sur l'image (B1-2), un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1) et une porosité des limites (CL-1).

Lisibilité: type 2(moyenne±)

Prédominance des facteurs E

Et/ou C

Et B

Problématique: la problématique conflictuelle du couple avec ces deux pôles tendresse et agressivité n'est pas perçue ni élaborée à cause de l'émergence des processus primaires et les mécanismes d'évitement du conflit.

PLANCHE 5

“2 ام طاحت خلاوها وحدها في الدار. ممبعد حلت الباب. ممبعد جا باباها و هاذي كتابات هذا ورد و هاذي خزانة. هذي طابلة و هذي لامبا... هذا يدبروا فيه كتابات و هذي خزانة نديروا فيها قش و هذي لامبا و ام راهي داخله. 1”

Procédés : Entrée directe dans le discours (B2-1), ensuite un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1), puis porosité des limites (CL-1) introduction de personnages non figurants sur l'image (B1-2), appui sur le perceptionnel (CL-2) accent porté sur la fonction d'étayage d'objet à valence positive (CM-1) et une description avec attachement aux détails (A1-1).

Lisibilité : type 2(moyenne±)

Prédominance des facteurs C

B

Et A

Problématique : La problématique de l'image maternelle est perçue mais elle n'est pas élaborée à cause de la labilité et des processus d'évitement du conflit

PLANCHE 6 BM

2 “ هذا راجل و هذي ام راهم وحدهم ما عندهمش دار قاعدين برك بسكروا عليهم باب راهم برا.
54

Procédés : le sujet commence par un anonymat de personnages (C1-2) ensuite un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1), puis la porosité des limites (CL-1), une fausse perception (E1-3), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction.

Lisibilité : type 3(mauvaise -)

Prédominance des facteurs C et E

Problématique : La problématique de la relation entre la mère et son fils n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

PLANCHE 7BM

3 “ راجل راجل طاحت عليهم الليل. هذا ناض و هذا ناض. صب عليهم تلج راهم قاعدين برك. هذا راسو منا
و لآخر منا. هذا هابط للتحت. 1

Procédés : le sujet commence par un anonymat des personnages (C1-2) une précision temporelle (A1-2), une fausse perception (E1-3), on note une référence personnelle (CN-1), une description avec attachement aux détails (A1-1), et une fausse perception (E1-3).

Lisibilité : type 2(moyenne±)

Prédominance des facteurs C et/A

Ou E.

Problématique : la problématique de la relation parentale n'est pas perçue ni élaborée à cause de l'anonymat des personnages.

PLANCHE 8BM

1 “ هذا راجل هذا راجل يخدم و هذا جاب لو هاذيك تاع سخانة و هذا قاعد يشوف و هذا راقد في السرير
برك. 47

Procédés : le sujet commence par un anonymat des personnages (C1-2), un accent porté sur le faire (CF-1), une perception de détails rares ou bizarres (E1-2) une fausse perception (E1-3), et une description avec attachement aux détails (A1-1).

Lisibilité : type 2(moyenne)

Prédominance des facteurs E

Et/ou C

Ou A

Problématique : La problématique de l'agressivité n'est pas perçue ni élaborée a cause de l'émergence des processus primaires et les mécanismes d'évitement du conflit.

PLANCHE 10

“8 هذا راجل و هذا راجل...راهم يلعبوا. و هذا يد صبعيه. 58”

Procédés : après un temps de latence (CI-1), le sujet commence par un anonymat des personnages (C1-2), on note un silence intrarécit (CI-1), une fausse perception (E1-3), un silence intrarécit (CI-1), une perception de détails rares ou bizarres (E1-2), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : type 3 (moyenne -)

Prédominance des facteurs C et E

Problématique : l'expression libidinale au niveau du couple n'est pas perçue ni élaborée a cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

PLANCHE 11

“16 هذا تراب. هذا تراب. هذي قطة طالعة و هذا تراب برك. 29”

Procédés : après un temps de latence (CI-1), on note un appui sur le sensoriel (CL-2), ensuite un remâchage (A3-1), puis une perception de détails rares ou bizarres (E1-2), on note un remachage (A3-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C et A

Ou E

Problématique : la problématique archaïque et prégénitale n'est pas perçue ni élaborée a cause des processus d'évitement du conflit

PLANCHE 12BG

2 “هاذي حجرة...ببير حشيش. هذي حجرة و هذا حشيش و هذا لبير. 32”

Procédés : le sujet commence par un appui sur le sensoriel (CL-2) ensuite on note un remâchage (A3-1), puis une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : type 2 (moyenne±)

Prédominance des facteurs C et A

Problématique : la problématique dépressive n'est ni perçue ni élaborée a cause des mécanismes d'évitement du conflit.

PLANCHE 13B

2 “هذا طفل قاعد يشوف و هذا حمام قاعد هنا داير هكذا. هذي حجرة. 28”

Procédés : Entrée directe dans l'expression (B2-1), ensuite une perception de détails rares ou bizarres (E1-2), puis une description avec attachement aux détails (A1-1), une fausse perception (E1-3) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : type 2(moyenne±)

Prédominance des facteurs E et /B

Et A

Et C

Problématique : la problématique dépressive et la solitude est perçue mais elle n'est pas élaborée a cause de l'émergence des processus primaires.

PLANCHE19

9 “هذي سيارة و هذا كلب و هذا تراب و هذا حمام و هذي رودات. 41”

Procédés : après un temps de latence (CI-1), ensuite un appui sur le perceptionnel (CL-2), puis une perception de détails rares ou bizarres (E1-2) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C et E

Problématique : la problématique de la réactivation de la problématique prégénitale n'est pas perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

PLANCHE 16

4 “ هذا كلب. هذا سراق هنا و هنا دار برك. 33”

Procédés: le sujet commence par une isolation entre les représentations (A3-4), ensuite un appui sur les références personnelles (CN-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : type 2(moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C et A

Problématique : la problématique de structure d'objet privilégié par le sujet est construite à base d'isolation entre les représentations.

3.3)- Les mécanismes de défense à partir du protocole du TAT

3.3.1)- La première impression à partir du TAT

Le sujet a traité toutes les planches sans refus, on constate aussi une tendance générale à la restriction dans les planches (2,3BM, 6BM, 10, 11,12BG 13B, 19 et 16).

3.3.2) Les procédés utilisés

Toutes les séries de la fiche de dépouillement sont présentes à savoir les procédés d'évitement du conflit C, ensuite l'émergence des processus primaires E, puis le registre A et enfin, le registre de labilité B.

En premier lieu, les mécanismes d'évitement du conflit dominent avec un pourcentage de 50 %.

Notamment, le surinvestissement de la réalité externe dans les planches (3BM et 8BM), ensuite les procédés d'inhibition en particulier dans les planches (1, 2, 3BM, 6BM,10, 11,12BG 13B, 19 et 16), ainsi qu'un anonymat des personnages dans les planches (2,6BM, 7BM ,8BM et 10). Ensuite, les procédés d'investissement narcissique dans les planches (1 4,5,6BM,7BM et 16), l'utilisation de l'instabilité des limites en particulier la porosité des limites dans les planches (4,5 et 6BM), en outre l'appui du sujet sur le perceptionnel présents dans les planches (2,5,11,12BG et 19) et enfin, le sujet a utilisé les procédés antidépressifs dans la planche 1.

En deuxième lieu, l'émergence des processus primaires avec un pourcentage de 23,25%.

D'abord, le sujet a utilisé le scotome d'objet manifeste dans la planche 1. Ensuite, la perception de détails rares ou bizarres dans les planches (1, 8BM, 10, 11, 13B et 19). puis l'utilisation des fausses perceptions dans les planches (1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7BM, 8BM, 10 et 13B). On outre, la présence d'une expression crue liée à une thématique agressive dans la planche 8BM, ainsi que l'utilisation de la désorganisation des repères identitaires et objectaux notamment la confusion des identités dans la planche 4. Et enfin, le discours flou présent dans la planche 1.

En troisième lieu, le registre de rigidité avec un pourcentage de 18,60%. Le sujet a utilisé les références à la réalité externe en particulier, la description avec attachement aux détails dans les planches (1, 3BM, 5, 7BM, 8BM et 13B). ensuite une précision temporelle et spatiale dans les planches (1 et 7BM). puis, les procédés de type obsessionnel particulièrement, une précaution verbale dans la planche 1, un remâchage dans les planches (11 et 12BG) et l'isolation entre représentations dans les planches (3BM et 16).

En quatrième lieu, le registre de labilité avec un pourcentage de 6,96%. Le sujet a utilisé l'investissement de la relation en particulier l'introduction de personnages non figurants sur l'image dans les planches (4 et 5). Ensuite, la dramatisation en particulier l'entrée directe dans l'expression dans les planches (3BM, 5 et 13B) puis, une représentation d'action associée à une catastrophe dans la planche 2.

3. 3.3) - Les problématiques de tout le protocole

- Les problématiques œdipiennes

Dans la planche 1, le sujet n'a pas perçue ni élaboré la problématique de l'immaturité fonctionnelle à cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires. Dans la planche 2, la problématique de la triangulation œdipienne n'est ni perçue ni élaboré par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 4, la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité n'est pas perçue ni élaboré par le sujet à cause de l'émergence des processus primaires et les mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 5, l'image maternelle n'est ni perçue ni élaboré à cause de la labilité et les mécanismes d'évitement du conflit.

Dans la planche 6BM, la relation entre la mère et son fils n'est ni perçue ni élaboré par le sujet a cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 8BM, la problématique de l'agressivité n'est ni perçue ni élaboré a cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires. Dans la planche 10, l'expression libidinale au niveau du couple n'est ni perçue ni élaboré a cause des mécanismes d'évitement du conflit et l'émergence des processus primaires.

- Les problématiques dépressives

Dans la planche 3BM, la problématique dépressive n'est ni perçue ni élaborée par le sujet a cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 12BG, la problématique n'est ni perçue ni élaboré a cause des mécanismes d'évitement du conflit, Et dans la planche 13B, la problématique est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaboré a cause de l'émergence des processus primaires.

- Les problématiques archaïques

Dans la planche 11, la problématique archaïque n'est pas perçue ni élaboré par le sujet a cause des processus d'évitement du conflit. Dans la planche 19, la problématique de la réactivation prégénitale n'est pas perçue ni élaboré a cause des processus d'évitement du conflit et de l'émergence des processus primaires et dans la planche 16 la problématique de structure d'objet privilégié par le sujet est construite à base d'isolation entre les représentations.

3.3.4)- Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole, indique que le sujet mobilise les mécanismes d'évitement du conflit en premier plan et l'ensemble des problématiques ne sont pas perçues ni élaborés.

3.4) Le traumatisme psychique et la représentation de soi à travers le TAT

3.4.1) Le traumatisme psychique à travers le TAT du cas Bilal

D'abord, nous constatons la prédominance des facteurs C avec un pourcentage de 50%. Notamment les procédés d'inhibition en particulier les silences intrarécit, le discours restreint ainsi qu'un temps de latence long .ce qui nécessite de lui poser beaucoup de questions afin de l'aider a formuler ses réponses.

Ensuite, nous notons que l'ensemble des problématiques ne sont pas perçues ni élaborées avec des lisibilités moyennes dans la plupart des planches et mauvaises dans la planche 6BM qui renvoie à la relation entre la mère et son fils, la planche 10 qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple ainsi que la planche 19 qui renvoie à la réactivation prégénitale.

L'ensemble de ces facteurs témoignent peut être d'une présence de signes d'un traumatisme psychique chez ce cas.

3.4.2) La représentation de soi

Nous avons remarqué que Bilal reste toujours dans l'anonymat des personnages ainsi que l'absence de la notion et de la représentation parentale car on retrouve ni lien d'affiliation, ni même de différence de générations. L'image maternelle est quasi-inexistante ce qui suppose alors la défaillance de la relation archaïque avec la mère.

Ensuite, la dominance des processus primaires avec un pourcentage de 23,25%, notamment le scotome d'objet manifeste et la porosité des limites CL qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors en particulier dans la planche 2 qui renvoie à la problématique de la triangulation œdipienne, la planche 4 qui renvoie à la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité la planche 5 qui renvoie à l'image maternelle, la planche 11, qui renvoie à la problématique archaïque et prégénitale. La planche 12 BG qui renvoie à la problématique dépressive et la planche 19 qui renvoie à la problématique de la réactivation prégénitale. Ce qui témoigne alors de l'atteinte de la représentation de soi, mal individualisée, facilement réfractée avec un sentiment de fragilité de l'identité et de l'identification.

L'ensemble de ces facteurs témoignent d'une mauvaise représentation de soi chez le cas Bilal.

3.5) Évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		F	I	N	L	M	
A1-1=6	B1-2=2	CF-1=2	CI-1=22	CN-1=5	CL-1=3	CM-1=1	E1-1=1
A1-2=4	B2-1=3		C1-2=5		CL-2=5		E1-2=6
A3-1=4	B3-4=1						E1-3=10
A3-4=2							E2-3=1
							E3-1=1
							E4-2=1
∑A=16	∑B=6	∑C/F=2	∑C/I=27	∑C/N=5	∑C/L=8	∑C/M=1	∑E=20
∑A=18.6%	∑B=6.96%	∑C=50%					∑E=23.25%
∑ = 86							

Tableau N° 5 : Evaluation quantitative des procédés présents

V.4) Cas Walid

4.1)-Données et analyse de l'entretien clinique semi directif

4.1.1)-Présentation du cas Walid

Walid est un garçon âgé de 11 ans, premier d'une fratrie de cinq, scolarisé en 5^{ème} année primaire. Enfant né sous x, et abandonné dès sa naissance. Placé dans la pouponnière d'El-Eulma jusqu'à l'âge de 6 ans, puis transféré au foyer pour enfants assistés de la wilaya de Sétif.

4.1.2)- Données et analyse de l'entretien avec le médecin

Les informations que nous avons pu récolter au près du médecin du foyer sur l'état de santé de Walid sont : atteinte d'une hernie inguinale, qui est une grosseur sous la peau de l'aîne survenant lorsque l'intestin sort de son emplacement habituel par un orifice de l'abdomen. Chez Walid, la cause principale renvoie à un manque d'hygiène lors de son séjour au foyer d'El-Eulma. Ce qui renvoie à la défaillance du rôle de la mère dans l'apprentissage et l'acquisition de la propreté et le contrôle sphinctérien.

Après avoir corrigé l'hernie inguinale, Walid est de nouveau atteint par une anorexie, qui témoigne d'un trouble de l'attachement mais aussi d'une problématique liée au corps et à la représentation de soi.

4.1.3) -Donnés et analyse de l'entretien avec les éducateurs

Walid est décrit comme étant un enfant agressif et instable.

Walid présente un échec scolaire, comme tous les enfants abandonnés l'échec scolaire renvoie à un acte conséquent à l'abandon, conséquence des traumatismes narcissiques provoqué par les défaillances de la relation maternelle primaire. Ainsi les rapports de l'enfant à l'objet l'apprentissage sont les mêmes que les rapports qu'il a pu établir avec sa mère.

Coté relationnel, Walid semble plutôt un enfant sociable qui participe aux jeux collectifs avec ses camarades seulement, il manifeste un comportement agressif à leur égard. Il semble alors s'exprimer par des passages à l'acte, ce qui révèle le désarroi et le mal-être et qui reflète un manque d'affection.

Coté développement, Walid présente un développement psychomoteur normal et une lenteur dans le langage. Il ne semble pas avoir acquit la notion de la propreté

La négligence et l'abandon et la maltraitance vécu par Walid semble avoir eu des conséquences sur l'acquisition de la propreté.

4.1.4)- Données et analyse de l'entretien avec la psychologue

La psychologue du foyer a fournit des informations sur Walid qui parait réserver. Ce repli sur soi résulte d'un environnement carenciel et un manque d'affection. Il est aussi instable et agressif. Cette symptomatologie comportementale résulte d'une relation maternelle défailante, non contenant et carencielle.

4.1.5)- Données et analyse de l'entretien avec le cas Walid

Au cours de l'entretien, Walid était calme mais tout en refus.

Coté relationnel, on a constaté que Walid éprouve un sentiment de haine envers sa mère et n'espère pas qu'elle lui rende visite vue sa maltraitance. Au foyer il s'est fait des amis avec lesquels il aime jouer.

Coté représentation de soi, Walid a une mauvaise image de soi car il se trouve laid, il ne s'estime pas.

Coté projection dans l'avenir, Walid a des projets pour l'avenir car il veut devenir un footballeur.

4.1.6)- Conclusion des entretiens sur le cas Walid

On conclut que Walid s'exprime dans un repli sur soi avec une carence affective et en s'exprimant par des passages à l'acte.

4.2)- Analyse du protocole de TAT du cas Walid

Planche 1

7 " طفل قاعد يركز على لقراية برك. دار كتاب توالو باه يقراه. 34"

Procédés : Le sujet commence par une référence plaquée à la réalité externe (CF-1) puis un scotome d'objet manifeste (E1-1), un accent porté sur la fonction d'étayage de l'objet (CM-1) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -).

Prédominance des facteurs C

Et / ou E

Problématique : La problématique de l'immaturation fonctionnelle n'est ni perçue ni élaborée par le sujet à cause du scotome d'objet manifeste et la tendance générale à la restriction.

Planche 2

12...نشوف امرأة هازة زوج كتاب و نشوف امرأة قدام شجرة قاعدة تتفرج و كاين راجل قدام حصان في الحقل. 33

Procédés : après un temps de latence (CI-1) le sujet commence par un anonymat de personnages (C1-2) puis une description avec attachement aux détails (A1-1), et une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C

Problématique : La problématique de la triangulation œdipienne n'est ni perçue ni élaborée par le sujet à cause de l'anonymat des personnages et le recours aux procédés d'inhibition.

Planche 3BM

6 "نشوف امرأة قاعدة تاكل. قاعدة تبكي ما عرفتش علاه... ما علا باليش. 35"

Procédés : le sujet commence son récit par un anonymat des personnages (C1-2), avec une fausse perception (E1-3), expression d'affect fort ou exagéré (B2-2) une idéalisation de soi à valence négative (CN-2), on note un silence intrarécit (CI-1) et un remâchage (A3-1), une tendance au refus (CI-1) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et / ou A

Et / ou B

Et / ou E

Problématique : La problématique dépressive est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et la tendance générale à la restriction.

Planche 4

10 "نشوف امرأة جاية للراجل... و امرأة راحت لعندهم. 43"

Procédés : après un temps de latence (CI-1), le sujet commence par une référence plaquée à la réalité externe (CF-1), on note un silence intrarécit (CI-1) puis une introduction de personnages non figurants sur l'image (B1-2), ensuite un accent porté sur le factuel (CF-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et / ou B

Problématique : La problématique au sein du couple n'est pas perçue ni élaborée par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit et la tendance générale à la restriction.

Planche 5

4 "نشوف في امرأة داخله لشامبرا, الشامبرا تاها فيها درج تاك كتب, مزهرية و هاذي لتشعل الضوء. 29"

Procédés : Le sujet commence son discours par une description avec attachement aux détails (A1-1) appui sur le perceptionnel (CL-2) et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1)

Lisibilité : Type 2(moyenne ±)

Prédominance des facteurs C

Et / ou A

Problématique : La problématique de l'image maternelle n'est ni perçue ni élaborée à cause de l'anonymat des personnages et les mécanismes d'évitements du conflit.

Planche 6BM

4 "نشوف عجوزة و راجل... ما يديرو في الو. راهي رايحة منا و الراجل قاعد طول هكذا. 37"

Procédés : Le sujet commence par une référence plaquée à la réalité externe (CF-1), puis on note un silence intrarécit (CI-1), ensuite un accent porté sur le

factuel (CF-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction. (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C

Problématique : La problématique hétérosexuelle n'est ni perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 7BM

3 "نشوف عجوز مع ولد مع راجل ولد هذا ولدو قاعدين يهدروا... يقول لو لوكان نموت أنا واش راح تدير. و يقول لو بعيد الشر. 58"

Procédés : Le sujet commence par un accent porté sur les relations interpersonnelles, mise en dialogue (B1-1), on note un silence intrarécit (CI-1) ensuite un commentaire personnel (B2-1), et une référence au culturel (A1-4).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominance des facteurs B

Et /C

Et/ A

Problématique : La problématique type père-fils est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des procédés labiles.

Planche 8BM

10 "نشوف في عصابة اشرار سرقوا راجل راح ينحولو كلاويه باه يبيعوهم. 32"

Procédés : après un temps de latence (CI-1) le sujet commence par un accent porté sur le factuel (CF-1), ensuite un détail narcissique (CN-2), puis le théâtralisme (B2-1), ensuite une expression crue liée à une thématique agressive (E2-3), une référence sociale (A1-3), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C

Et / ou E

Et / A

Problématique : La problématique de l'agressivité au quelle renvoie la planche est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 10

12 "نشوف في شرير جاي للطفل صغير و لا كبير. الطفل راح يعضو... ما عرفتش. الشرير جا و حدو باه يعضو. 46"

Procédés : après un temps de latence (CI-1), le sujet commence par un accent porté sur le factuel (CF-1), ensuite une confusion des identités (E3-1) on note un silence intrarécit (CI-1), puis un remâchage (A3-1), expression crue liée à une thématique agressive (E2-3), un silence intrarécit (CI-1), une tendance au refus (CI-1), un silence intrarécit (CI-1), un remâchage (A3-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et / ou E

Et / ou A

Problématique : La problématique de l'expression libidinale au niveau du couple n'est ni perçue ni élaboré à cause de l'intervention de mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 11

14 "نشوف في زوج رجال رايعين يعقبوا منا هنا في الطريق في الجسر و قدامهم حجر.... رايعين لدارهم برك. 38"

Procédés : après un temps de latence (CI-1) le sujet commence par une introduction de personnages non figurants sur l'image (B1-2), une précision chiffrée (A1-2), un appui sur le sensoriel (CL-2), on note un silence intrarécit (CI-1), précision spatiale (A1-2), un accent porté sur le factuel (CF-1), et pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne \pm)

Prédominance des facteurs C

Et / ou A

Et / ou B

Problématique : La problématique archaïque et prégénitale de la planche est perçue mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 12BG

4 "نشوفي قارب قدام شجرة في الحشيش برك. ما جابوا حتى واحد. 20"

Procédés : le sujet commence par une description avec attachement aux détails (A1-1), références personnelles (CN-1), pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne)

Prédominance des facteurs C

Et / ou A

Problématique : la problématique dépressive réactivée par la planche est perçue mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 13B

3 "نشوف في طفل قاعد يخمم في باب دار. مبني بالحطب فيها الداخلة الظلمة. يخمم على دارلي تكون مليحة باش يسكن فيها. 22"

Procédés : le sujet commence par une description avec attachement aux détails (A1-1), un accent porté sur le conflit intra personnel (A2-4), avec une perception de détails rares ou bizarres (E1- 2), références personnelles (CN-1), pour l'ensemble du récit on note une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 2 (moyenne ±)

Prédominances des facteurs C

Et / ou A

Et / ou E

Problématique : la problématique dépressive au quelle renvoie la planche n'est ni perçue ni élaborée par le sujet à cause de son refuge dans les procédés d'évitement du conflit.

Planche 19

7 "نشوف في زوج كادرات... و هنا شاعلة النار و هنا كراس. دار عندها زوج عينين و هنا شجرة برك. 28"

Procédés : le sujet commence par une mise en tableau (CN-3), un silence intrarécit (CI-1), perception de détails rares ou bizarres (E1-2), un silence intrarécit (CI-1) un appui sur le perceptionnel (CL-2) et une tendance générale à la restriction (CI-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs C

Et / ou E

Problématique : la problématique prégénitale de la planche n'est ni perçue ni élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 16

21 "نتخيل هذاك الطفل عندو دار مليحة. حقل. عندو اشجار و نباتات. هو في الدار مع ابوه و امو و خواتاتو عايشين في الدار برك. 30"

Procédés : après un temps de latence (CI-1), le sujet commence par un anonymat de personnages (C1-2), accent porté sur la fonction d'étayage à valence positive (CM-1), accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire (CF-1) et un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1).

Lisibilité : Type 3 (mauvaise -)

Prédominance des facteurs

Problématique : la problématique de structure d'objet privilégié par le sujet est construite sur un éprouvé subjectif et une projection de son histoire personnelle.

4.3) Les mécanismes de défense dans tout le protocole du TAT**4.3.1) La première impression à partir du TAT**

Le sujet a traité toutes les planches sans refus, mais on constate une tendance générale à la restriction dans l'ensemble des planches sauf la planche 16.

4.3.2) Les procédés utilisés

Toutes les séries de la fiche de dépouillement sont présentes à savoir les procédés d'évitement du conflit C, ensuite la rigidité A, puis l'émergence des processus primaires E et enfin la labilité B.

En premier plan, les mécanismes d'évitement du conflit arrivent en tête avec un pourcentage de 69,87. D'abord, le surinvestissement de la réalité externe est présent dans les planches (1, 4,6BM, 8BM, 10,11 et 16), ensuite, les procédés d'inhibition présents dans les planches (1,2,3BM 4,5,6BM, 7BM 8BM, 10, 11,12BG, 13B et 19) et un anonymat de personnages notamment dans les planches (2,3BM et 16), puis les procédés d'investissement narcissiques présents dans les planches (3BM 8BM ,12BG ,13B, 19 et 16) et enfin, Le sujet a utilisé l'instabilité des limites dans les planches (5,11 et 19) ainsi que les procédés anti dépressifs dans les planches (1 et 16).

Le registre de rigidité est en deuxième position avec un pourcentage de 14,45%.

Le sujet utilise les références à la réalité externe notamment la description avec attachement aux détails dans les planches (2, 5,12BG et 13B) ensuite une précision spatiale et chiffré dans la planche (11), puis une référence sociale dans la planche (8BM), et l'investissement de la réalité interne notamment l'accent porté sur le conflit intra personnel dans la planche (13B) ainsi que les procédés de type obsessionnel notamment le remâchage dans les planches (3BM et 10).

L'émergence des processus primaires arrivent en troisième position avec un pourcentage de 8,43 %.

Le sujet utilise le scotome d'objet manifeste dans la planche 1 ensuite une perception de détails rares ou bizarres dans les planches (13B et 19) puis, une fausse perception dans la planche (3BM), et enfin une expression crues liée à une thématique agressive dans la planche (8BM) et la désorganisation des repères identitaires et objectaux notamment dans la planche 10.

Le registre de labilité arrive en dernière position avec un pourcentage de 7,22%.

Le sujet utilise l'investissement de la relation notamment dans la planche 7BM, ensuite l'introduction de personnages non figurant sur l'image dans la planche 11, puis, la dramatisation notamment un commentaire personnel dans la

planche 7BM, du théâtralisme dans la planche 8BM et un affect fort ou exagéré dans la planche 3BM.

4.3.3) Les problématiques de tout le protocole

- Les problématiques œdipiennes

Dans la planche 1, le sujet n'a pas perçue ni élaboré la problématique d'immaturation fonctionnelle à cause du scotome d'objet manifeste et la tendance générale à la restriction. Dans la planche 2, la problématique de la triangulation œdipienne n'est ni perçue ni élaboré par le sujet à cause de l'anonymat de personnages et le recours aux procédés d'inhibition. Dans la planche 4, la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité n'est ni perçue ni élaboré par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit et la tendance générale à la restriction. Dans la planche 5 la problématique de l'image maternelle n'est ni perçue ni élaboré par le sujet à cause de l'anonymat des personnages et les mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 6BM, la problématique hétérosexuelle n'est ni perçue ni élaboré par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 7BM, la problématique de type père-fils est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaboré à cause des procédés labiles. Dans la planche 8BM, la problématique de l'agressivité au quelle renvoie la planche est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaboré à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 10, la problématique qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple n'est ni perçue ni élaboré par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

- Les problématiques dépressives

Dans la planche 3BM, la problématique dépressive est perçue mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit et la tendance générale à la restriction. Dans la planche 12BG, la problématique dépressive est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 13B, la problématique réactivée par la planche n'est ni perçue ni élaboré à cause de son refuge dans les procédés d'évitement du conflit.

- Les problématiques archaïques

La problématique archaïque réactivée par la planche 11 est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 19, la problématique n'est ni perçue ni élaboré à cause des mécanismes

d'évitement du conflit. Dans la planche 16, la problématique de structure d'objets privilégiés par le sujet est perçue mais construite à base d'éprouvé subjectif et une projection de son histoire personnelle.

4.3.4)-Conclusion à partir du TAT

D'après l'analyse du protocole, le sujet mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan. La plupart des problématiques ne sont pas perçues ni élaborés.

4.4) Le traumatisme psychique et la représentation de soi à travers le TAT

4.4.1) Le traumatisme psychique

D'abord, on constate la prédominance des facteurs C avec un pourcentage de 69,87% notamment, l'utilisation répétées d'un discours restreint, et qu'il faut lui poser plusieurs questions pour l'aider à formuler ses réponses, ainsi que les silences intrarécit et un temps de latence long dans certaines planches qui renvoient à l'inhibition et qui témoignent d'une organisation mentale dont le noyau phobique et agissant.

Ensuite, nous notons un récit court dans toutes les planches, et une tendance au refus dans la planche 3BM qui renvoie à la problématique dépressive. Ce qui reflète l'incapacité du sujet à supporter l'angoisse et les difficultés suscitées par les sollicitations latentes de la planche refusée.

Puis, nous constatons que la plupart des planches ne sont pas perçues ni élaborées avec des lisibilités moyennes qui soulignent une lutte intense entre pulsions et défense et d'autres mauvaises tel que la planche 1 qui renvoie à la problématique de l'immaturité fonctionnelle, la planche 2 qui renvoie à la problématique de la triangulation œdipienne et la planche 8BM qui renvoie à l'agressivité.

L'ensemble de ces facteurs témoignent d'une présence de signes d'un traumatisme psychique chez ce cas.

4.4.2) La représentation de soi

D'abord, nous avons remarqué que Mehdi utilise beaucoup de gestuelle, montre de qui il parle sur la planche sans les nommer, il reste alors dans l'anonymat des personnages. On constate alors la fragilité du sentiment d'identité.

Ensuite, la dominance des processus primaires E avec un pourcentage de 8,43%, notamment l'altération de la perception qui dénoncent les défaillances des conduites et qui renvoi à une mauvaise représentation de soi, mal individualisée, voire confondu avec l'objet et qui traduit néanmoins l'existence identitaire, et le scotome d'objet manifeste dans la planche 1, qui renvoi à un sentiment d'incompétence, de déni, d'incapacité à se confronter à la situation réelle, perceptives. On observe de simples dérapage vite compensée ou une dégradation importante au réel.

Puis, on constate l'absence de la notion et de la représentation parentale car on retrouve ni lien de filiation ni même de différence de génération. L'image maternelle est quasi inexistante, donc on peut supposer que la relation à la mère archaïque a été mauvaise et même défaillante. La mère set perçue beaucoup plus comme femme que comme mère ce qui signifie un désir incestueux œdipien.

En outre, la présence de la massivité de la projection, l'utilisation du (E2-3), qui témoigne de l'envahissement par des représentations et des affects impossible à contenir. Et sans oublier la présence des porosités des limites CL dans la planche 5 qui renvoie à l'image maternelle ainsi que la planche 11 qui renvoie à la problématique prégénitale. La porosité des limites témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors : celles-ci existent certes mais sont facilement réfractés comme le montre l'hypersensibilité au matériel. Comme on constate aussi l'effraction et le morcèlement de l'image du corps et une confusion des identités.

L'ensemble de ces facteurs soulignent une mauvaise représentation de soi chez Walid.

4.5) Évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		F	I	N	L	M	
A1-1=4	B1-1=1	CF-1=9	CI-1=29	CN-	CL-	CM-	E1-1=1
A1-2=2	B1-2=2		C1-2=3	1=3	2=3	1=2	E1-2=2
A1-3=1	B2-1=2		CN-				E1-3=1
A1-4=1	B2-2=1		2=2				E2-3=2
A2-4=1			CN-				E3-1=1
A3-1=3			3=1				
$\Sigma A=12$	$\Sigma B=6$	$\Sigma C/F=9$	$\Sigma C/I=32$	$\Sigma C/N=6$	$\Sigma C/L=3$	$\Sigma C/M=2$	$\Sigma E=7$
$\Sigma A=14,45\%$	$\Sigma B=7,22\%$	$\Sigma C=69,87\%$					$\Sigma E=8,43\%$
$\Sigma = 83\%$							

Tableau N° 6 : Evaluation quantitative des procédés présents

Chapitre VI
Discussion des
Hypothèses

Chapitre VI : Discussion des hypothèses

Nous allons reprendre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

La première hypothèse

L'enfant assisté se situe dans une dimension de traumatisme psychique. C'est-à-dire que l'assistanat est une conjoncture traumatique pour l'enfant.

Effectivement, nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse car ils ont révélé la présence des signes d'un traumatisme psychique.

A présent commençant par le premier cas **Mehdi**. D'après l'entretien effectué auprès du médecin nous avons révélé la présence d'un traumatisme psychique chez Mehdi à travers les réactivations neurovégétatives. Ensuite, l'entretien avec les éducateurs à travers les passages à l'acte (l'agressivité, le vole), la non symbolisation et la régression de l'acquisition de la propreté. Ainsi que, la symptomatologie fournie par le psychologue qui renvoi à la fragilité de la personnalité de Mehdi et l'atteinte de ses facultés cognitives (manque de concentration, les troubles de mémoires, dysorthographe).

Selon les résultats du test T.A.T, Mehdi a mobilisé les mécanismes d'évitement du conflit en premier plan avec un pourcentage de 56% notamment les procédés d'inhibition à travers les silences intrarécits, le discours restreint, la sidération ainsi que la lisibilité moyenne et mauvaise dans la planche 4 qui renvoie à la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité ainsi que la planche 13B qui renvoie à la problématique dépressive

Donc, on note la présence d'indices de traumatisme psychique dans l'entretien et le test TAT à travers la sidération et l'inhibition.

Passant donc au second cas **Nassim**. A travers les entretiens effectués, le médecin en premier nous avons relevé des indices d'une présence d'un traumatisme psychique chez Nassim à travers le retard du développement. Ensuite, les éducateurs à partir des passages à l'acte, et la non symbolisation. Enfin, l'entretien avec la psychologue qui aborde l'impact sur l'humeur.

D'après l'analyse du test TAT, Nassim a mobilisé les mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 54,12%, dont on note la

dominance des facteurs d'inhibition à travers les silences intrarécits long, le discours restreint et aussi la tendance au refus en particulier dans la planche 16 qui renvoie à la problématique de structure d'objet privilégié et l'incapacité de Nassim à surmonter l'angoisse devant l'absence d'objet car elle a réveillé ses angoisses profond et révèle une fragilité narcissique ainsi que les lisibilités moyennes et mauvaises dans le planche 8BM qui renvoie à la problématique d'agressivité et la planche 10 qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple.

Donc, les signes du traumatisme psychique sont présents dans l'entretien et le test TAT.

A présent, passant au troisième cas **Walid**. A travers l'entretien effectué auprès du médecin nous avons constaté la présence de signe d'un traumatisme psychique chez Walid qui se rapporte à la plainte somatique lié à la régression de l'acquisition de la propreté. Ensuite, l'indice de passage à l'acte et le manque de symbolisation fourni par les éducateurs. Enfin, l'entretien avec la psychologue qui se réfère au trouble du comportement.

D'après les résultats du test TAT, Walid a mobilisé les mécanismes d'évitement du conflit en première position avec un pourcentage de 69,87% dont on note la prédominance des procédés d'inhibition à travers les silences intrarécits, la tendance générale à la restriction ainsi que les lisibilités moyennes.

Donc, les signes du traumatisme psychique sont présents à travers l'entretien et le test TAT.

Passant au quatrième cas **Bilal**. A travers les entretiens effectués, le médecin nous a fourni des indices sur la présence d'un traumatisme psychique chez Bilal à partir des plaintes psychosomatiques en particulier la boulimie. Ensuite l'entretien avec les éducateurs qui a révélé quelques indices à partir du manque de symbolisation, les passages à l'acte et le trouble de langage. Enfin, l'entretien avec la psychologue nous renseigne sur une personnalité réservée et le repli sur soi.

D'après les résultats du test TAT, Bilal a mobilisé les mécanismes d'évitement du conflit en premier plan avec un pourcentage de 50% notamment l'inhibition en particulier les silences intrarécits, la tendance générale à la restriction et les lisibilités de type moyennes et mauvaises dans la planche 6BM qui renvoie à la relation entre la femme et son fils, la planche 10 qui renvoie à

l'expression libidinale au niveau du couple et la planche 19 qui renvoie à la problématique de la réactivation prégénitale.

Donc, les signes du traumatisme psychique sont présents à travers l'entretien et le test TAT.

A présent, nous allons examiner la présence d'un traumatisme psychique à travers la nature de la représentation de soi.

La deuxième hypothèse

- La représentation de soi chez les enfants assistés est mauvaise ?

Effectivement nos quatre cas, ont confirmé notre hypothèse.

A présent, commençant par le cas **Mehdi**. Durant l'entretien, nous avons constaté une mauvaise représentation de soi chez ce dernier car il ne s'estime pas, n'éprouve pas le besoin de se regarder dans le miroir et ne supporte gère son image. Comme on constate aussi un sentiment de haine et de colère vis-à-vis de son père.

D'après les résultats du test TAT, Mehdi mobilise les processus primaires avec un pourcentage de 16%. Notamment, la porosité des limites qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors : celles-ci existent certes mais sont facilement réfractées comme le montre l'hypersensibilité au matériel notamment dans la planche 2 qui renvoie à la problématique de la triangulation, la planche 5 qui renvoie à l'image maternelle, planche 11 qui renvoie à la problématique archaïque et prégénitale et la planche 13B qui renvoie à la problématique dépressive. Ensuite, l'anonymat des personnages. Puis, l'image du corps morcelée et l'instabilité des identités et les identifications.

Donc, la représentation de soi est mauvaise à travers l'entretien et le test du TAT.

Passant au deuxième cas **Nassim**. Durant l'entretien nous avons constaté une mauvaise représentation de soi chez ce dernier vue qu'il n'aime pas son image et ne s'estime pas car il se sent inférieur aux autres en raison de sa petite taille.

D'après les résultats du test TAT, le sujet mobilise les processus primaires avec un pourcentage de 19,79% notamment le scotome d'objet manifeste dans la planche 1 qui renvoie à l'immaturité fonctionnelle. Puis, l'anonymat des

personnages, l'image du corps morcelée et une confusion des identités et des identifications.

Donc, la représentation de soi est mauvaise à travers l'entretien et le test du TAT.

A présent, passant au troisième cas **Walid**, durant l'entretien nous avons conclu que Walid a une mauvaise représentation de soi car il n'éprouve pas de désir de se voir à travers le miroir, il ne s'estime gère. Comme on a constaté aussi ses sentiments de haine et de colère vis-à-vis de sa mère.

D'après les résultats du test TAT, Walid a mobilisé les processus primaires avec un pourcentage de 8,43%. Notamment le scotome d'objet manifeste, l'anonymat des personnages, la porosité des limites qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors notamment dans la planche 5 qui renvoie à l'image maternelle, planche 11 qui renvoie à la problématique archaïque et prégénitale et la planche 19 qui renvoie à la problématique de la réactivation prégénitale. Ensuite, la confusion des identités.

Donc, La représentation de soi est mauvaise à travers l'entretien et le test TAT.

A présent, passant au quatrième cas **Bilal**, durant l'entretien on n'a pas pu relever d'indice d'une mauvaise représentation de soi parce que Bilal était tout en refus.

D'après les résultats du test TAT, nous avons constaté une mauvaise représentation de soi chez Bilal à travers l'émergence des processus primaires avec un pourcentage de 23,25%. Notamment le scotome d'objet manifeste l'anonymat des personnages, porosité des limites qui témoigne d'une différenciation partielle entre dedans et dehors notamment dans la planche 2 qui renvoie à la problématique de la triangulation œdipienne, dans la planche 4 qui renvoie à La problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles tendresse et agressivité, la planche 5 qui renvoie à l'image maternelle, la planche 11 qui renvoie à la problématique archaïque et prégénitale, la planche 12BG qui renvoie à Le problématique dépressive et la planche 19 qui renvoie à la problématique de la réactivation prégénitale. Enfin, la confusion des identités.

Conclusion Générale

Nous arrivons au terme de notre travail qui traite du traumatisme psychique chez les enfants assistés.

Dans cette recherche, nous avons été amenées à apporter des éclaircissements sur le phénomène d'assistantat et ses effets engendrés sur l'état psychologique des enfants assistés.

D'abord, la perte de figure maternelle est une conjoncture traumatique qui perturbe le potentiel et la circulation de l'énergie psychique de l'enfant assisté autant qu'elle épuise ses ressources psychologiques et le met à rude épreuve.

Ensuite, l'analyse des quatre cas cliniques présentés et les résultats de notre travail soulignent l'extrême intensité de l'abandon, confrontant l'enfant à une impasse sans espace de dégagement possible jusqu'à le priver de tout recours. Ce qui aggrave l'effraction traumatique tout en portant atteinte même à la représentation de soi.

En outre, nous avons conclu à travers nos résultats que le traumatisme psychique se répond et paraît entraver et endommager toutes les acquisitions intellectuelles, provoquant ainsi une sidération qui stoppe les apprentissages acquis, engendrant un repli sur soi qui perturbe la communication, toute en nourrissant une souffrance refoulée qui ressort à travers les passages à l'acte menant aussi à une déchirure narcissique, identité et une identification perturbée ainsi que l'effraction de l'image du corps.

En effet, l'abandon constitue donc une situation contraignante et potentiellement déstructurante vue qu'il est susceptible d'engendrer de grave perturbation et cela à tous les âges de la vie.

Ainsi, la blessure du rejet et de l'abandon ne guérit probablement jamais tout à fait, mais l'enfant qui en est victime l'entoure, la colmate et l'anesthésie en développant les mécanismes défensifs et adaptatifs qui lui procurent un ressort et une sorte d'endurance psychologique.

Enfin, nous espérons à partir de notre travail de recherche contribuer à l'apport d'une certaine lumière sur le traumatisme psychique chez les enfants assistés.

De ce fait, nous pouvons achever en laissant le chemin et la voix grande ouverte pour interagir dans d'autres recherches et cela, on dévoilant de nouvelles pistes qui peuvent être parcourues et explorées sur le phénomène d'abandon.

Donc nous pouvons compléter par des questions et des interrogations qui consistent à dire :

- Quelle est la nature de l'attachement chez les enfants assistés ?
- Quel est le devenir psychologique des enfants assistés ?

Nous espérons que ces préoccupations serviront un jour à être explorées dans de futures recherches sur le phénomène d'abandon pour apporter surement des réponses plus claires.

Bibliographie

Liste bibliographique

Les ouvrages

1. Amy, M.D. (2008). *Construire et soigner la relation mère-enfant*. Dunod, Paris.
2. Antoine, B., Fouques, D. (2002). *Manuel de psychologie de soin*. Bréal, Paris.
3. Anzieu, D., Chabert, C. (1961). *Les méthodes projectives*. Paris, PUF.
4. Anzieu, D. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT*. Bordas, Paris.
5. Anzieu, D., Chabert, C. (2004). *Les méthodes projectives*. Paris, PUF.
6. Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier*. Bruxelles, Boeck.
7. Bailly, L., Alaphilippé, D. (2000). *Représentation de soi et auto-attention en fonction de l'âge*. Université François Robelais.
8. Bailly, L. *Syndrome psycho-traumatique chez l'enfant*. Paris, Masson.
9. Bénony, H., Chahraoui, K.H. (1996). *L'entretien clinique*. Paris, PUF.
10. Bénony, H., Chahraoui, K.H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, Dunod.
11. Bergeret, J. (2008). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Elsevier, Masson.
12. Berger, M. (2003). *L'enfant et la souffrance de la séparation*. Paris, Dunod.
13. Bergson, C. (1996). *L'encyclopedia universalis*. Paris.
14. Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte volume 2 Séparation, colère et angoisse*. Paris, PUF.
15. Costalat-Faneau, A-M. (1995). *Représentation de soi, Représentation social*. Montpellier, France.
16. Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier, Masson.
17. Daligan, L. (2009). *le psychotrauma de l'enfant*. Paris, Dunod.
18. De clerq, M. Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris, Masson.
19. Dominique, B. Odile, P-S. (1997). *Les outils de la représentation du projet de formation*. Paris, l'harmattan.
20. Drory, D. (2002). *L'enfant et la séparation parentale*. Edition Mols, Yapaka.be.

21. Dufour, D. (2007). *La blessure d'abandon*. Edition de l'Homme.
22. Ferenczi, S. (2006). *Le traumatisme*. Paris, Payot et rivages.
23. Freud, S. (2002). *Le moi et le ça*. Chicoutimi, Quebec.
24. Jeammet, N. (2006). *Clinique de l'enfant*. In *psychologie clinique et approche psychanalytique*. Paris, Dunod.
25. Françoise, H., Marylou, B. (2003). *L'enfant souffrant de troubles de l'attachement*. Belgique.
26. Gaspari, F. (2001). *Les enfants de l'abandon*. Presses universitaires de Grenoble.
27. Guelfi, J-D., Pul, C-B., Pull, M-C. (2002). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson
28. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychique, clinique et prise en charge*. Dunod, Paris.
29. Lebigot, F. (2009). *Le traumatisme psychique, stress et trauma*. Dunod, Paris.
30. Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson et la psychanalyse. Les interations precoces*. Le centurion, Paris.
31. Mareau, C. Vanek Dreyfus, A. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. Presse, Paris
32. Moutassem-Mimouni, B. (2001). *Naissances et abandon en Algérie*. Ed. Kharthala.
33. Moutassem-Mimouni, B. (2012). *Les enfants nés hors mariage en Algérie* In D. Bonnet et al, *Modeles d'enfances* (pp 207-223) archives contemporaines.
34. Romano, H., Verdenal, G. (2011). *Sauveteurs et événements traumatiques*. Paris, Elsevier Masson.
35. Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant*. Paris.
36. Samacher, R. (2005). *Psychologie clinique et pathologique*. Ed Bréal.
37. Sanglade, A. (1983). *Image du corps et image de soi au Rorschach* In *psychologie française*, n°28.
38. Sanglade, A. (1990). *La représentation de soi* In *Bulletin de la société du Rorschach et des Méthodes Projectives de langue française*, n°34.
39. Séchaud et al In *Psychologie clinique, approche psychanalytique*. Paris, Dunod.
40. Sironi, F. (2013). *Les traumatismes psychiques*. Cours de psychologie.

41. Schootem. (2013). *Pour une psychanalyse de l'enfant adopté*. L'Harmattan, Paris.
42. Tomasella,S. (2010). *Le sentiment d'abandon*. Groupe Eyrolles.

Les dictionnaires

43. Bloch,H. (1990). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Ed Larousse-Bordas.
44. Bloch,H et coll. (1997). *Dictionnaire fondamentale de la psychologie*. Paris, VUEF.
45. Chiland,C. (2002). *Identité*. In Houzel, M.Emanuel et F.Maggio (ed), dictionnaire de psychologie de l'enfant et de l'adolescent »
46. J,Laplanche et J-B,Pntalis. (1967). *Le vocabulaire de la psychanalyse*
47. Sillamy,N. (1990). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, Larousse.
48. Sillamy,N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, Larousse.
49. Dictionnaire *Le petit Larousse*. (2010). Ed Paris.

Les articles

50. Ainsworth,S., Mary,D. (1983). *L'attachement mère-enfant* In : *Enfance*. Tome 36 n°1 pp 7-18
51. Lemay,M. *Les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans les relations personnelles et sociales*. consulté le 24 /02/2014 à 10h21.
52. UNICEF. 2007. *Enfance abandonné*.
- 53UNICEF. 2010. *Enfance abandonné*.
54. OMS.
55. *Organisation mondiale de la santé*. (2001). *Classification multi-axiale des troubles psychanalytiques chez l'enfant et l'adolescent*.

Les journaux

56. Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire. (vendredi 19 décembre 1969) article n°106.

57. Razouki,A. (24 février 2012). Le matin.

58. Ait ouakil,L. (Mardi 4 février 2014). *L'enfant abandonné en 2013*. L'expression (le quotidien).

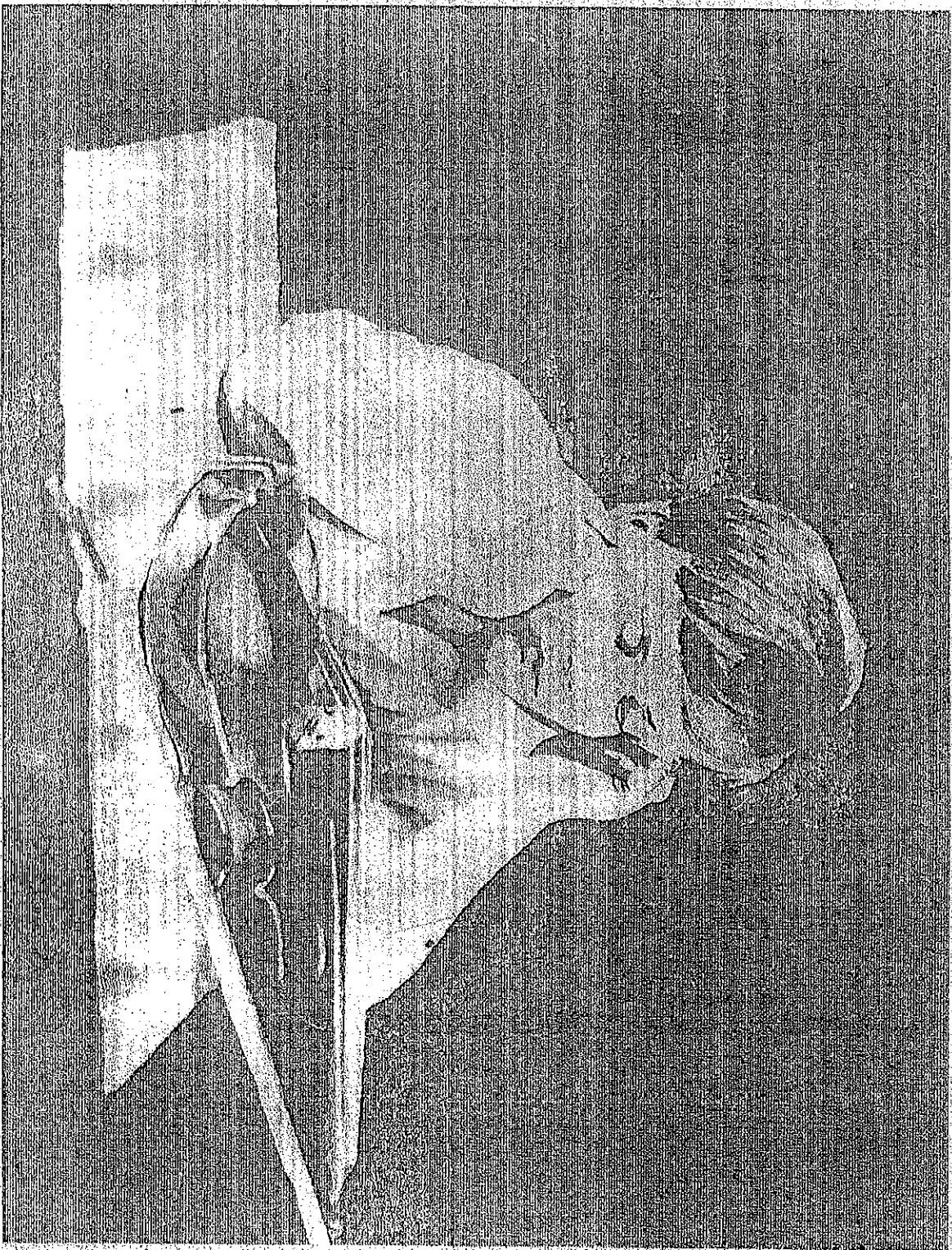
Les sites internet

59. Geopsy

60. <http://www.cairn.info>

Annexes

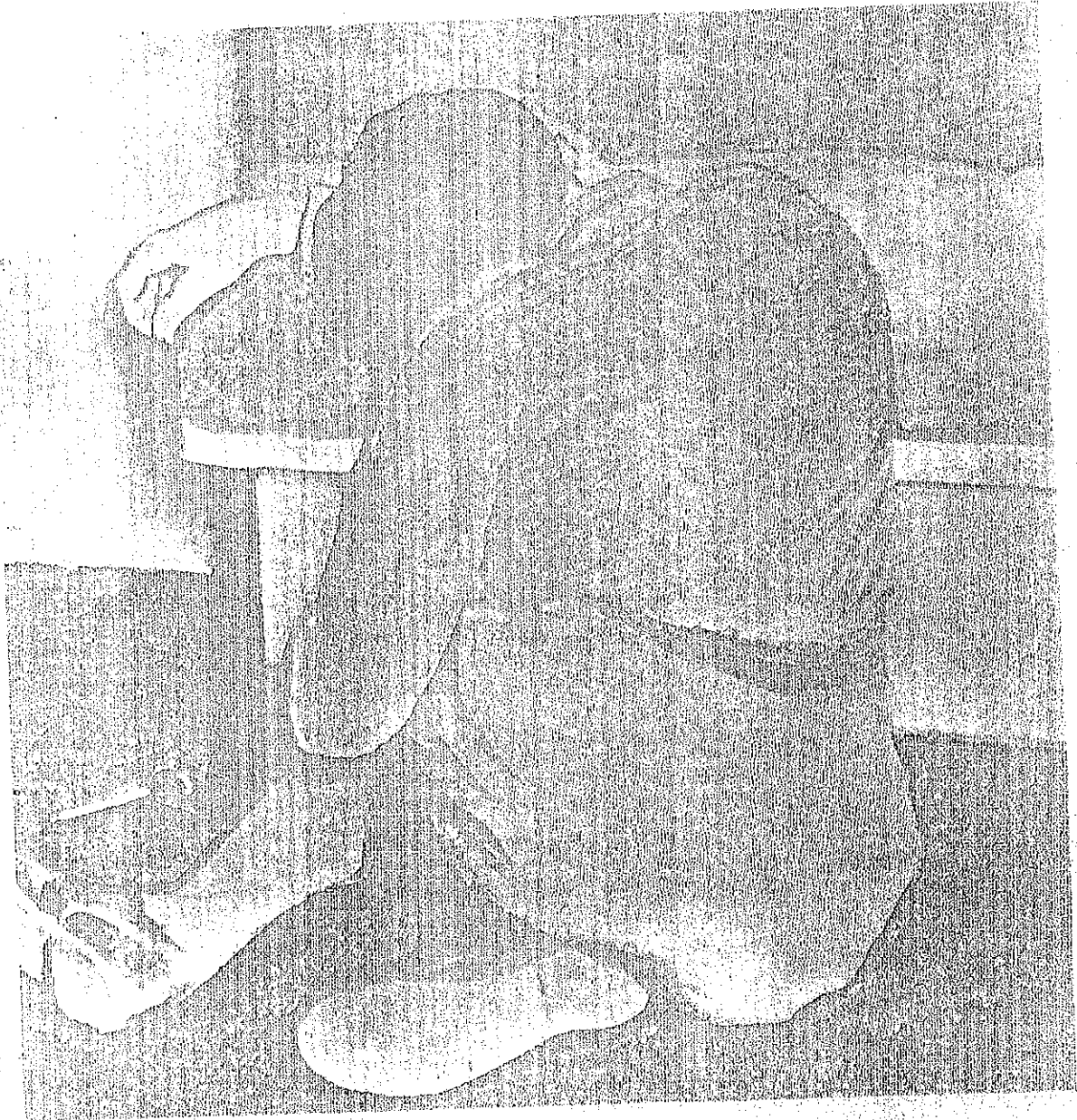
Ammerer u. a.: Reizible - AI



der psychodynamische der immaturität funktionelle



La psychomotricité de la triangulation d'hippocrate



La problématique dépressive



La problématique conflictuelle du couple avec
ses deux pôles tendresse et agressivité

L'imaginaire maternelle



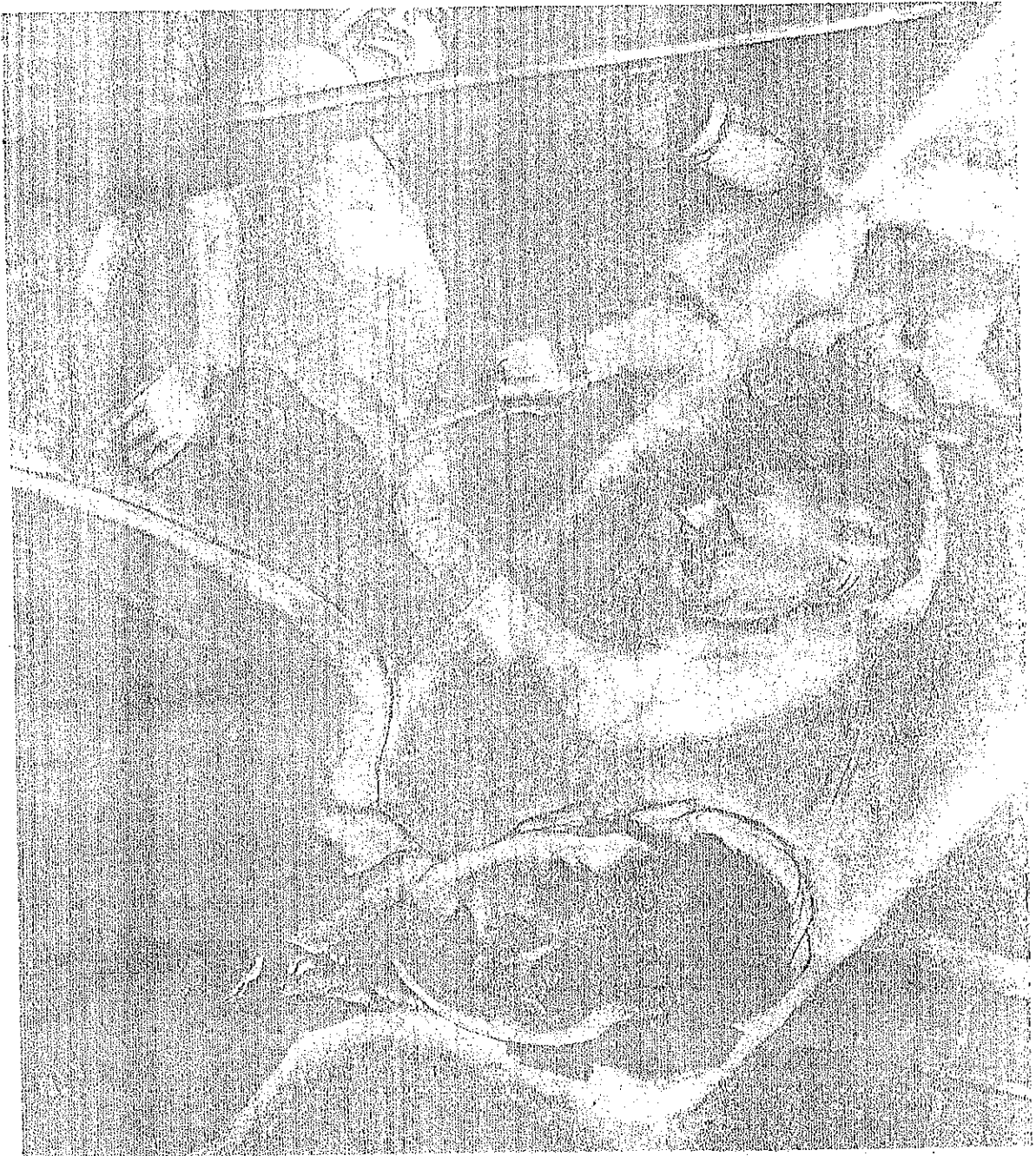


La relation entre la femme et son fils



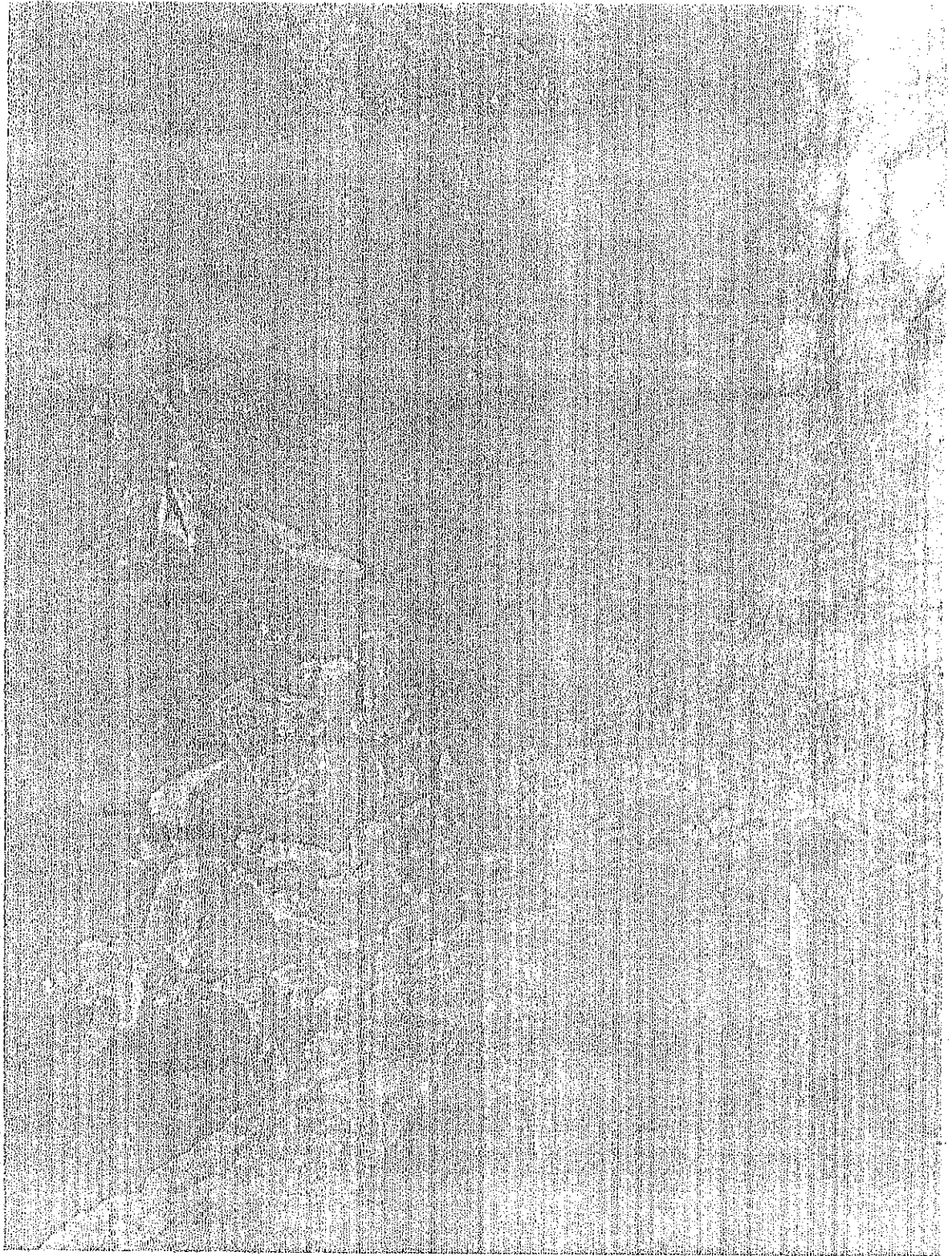
La relation père - fils

La psychométrie de l'expressivité





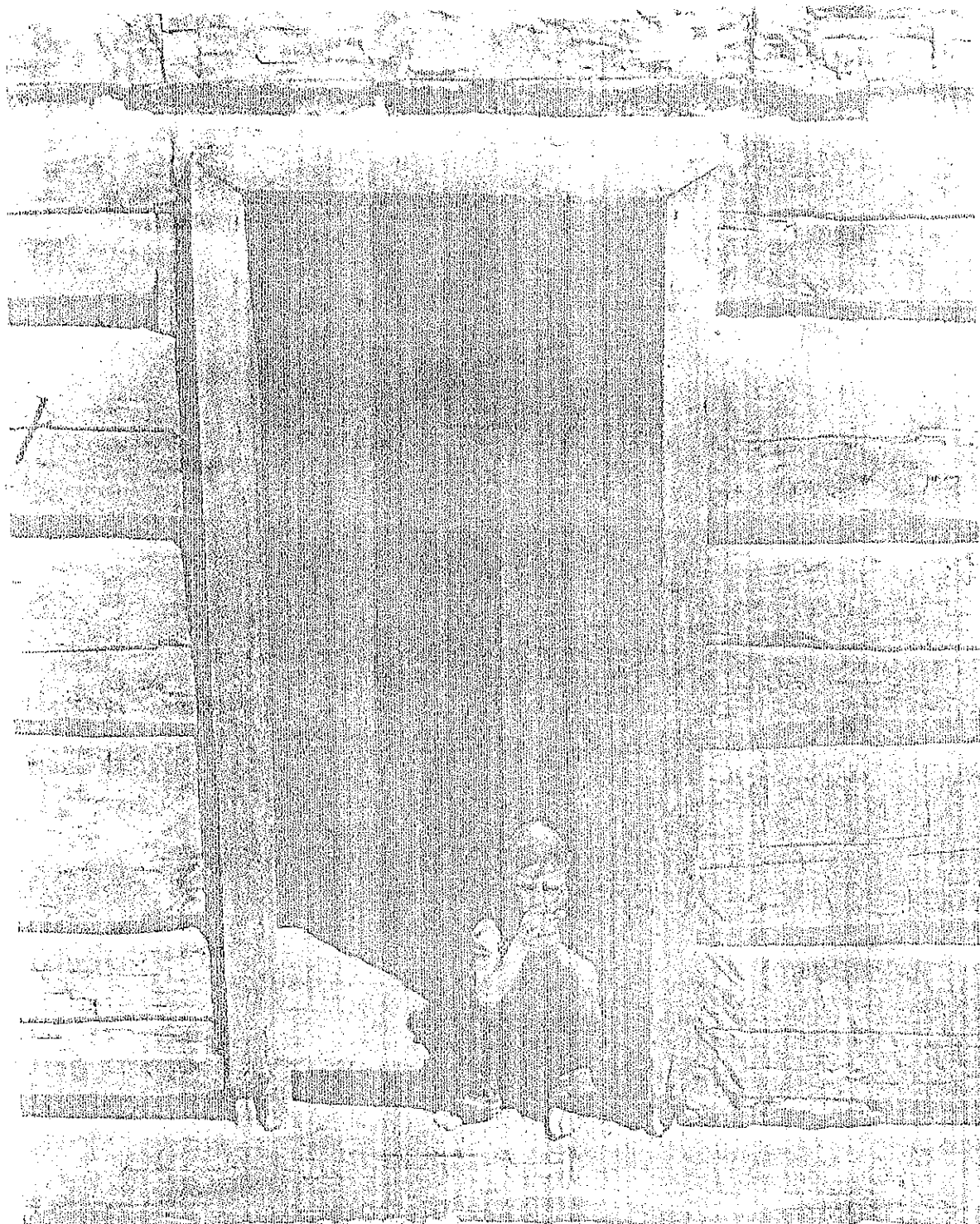
L'expression libidinale



La réactivation de la problématique
pré-génitale

La Géométrie de Presque





La problématique dépressive



T.A.T.
THEMATIC APPERCEPTION TEST

Édité par la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (S.A.R.P.)

ALGER 1992 - Dépot légal 2ème Semestre 1992

Annexe 2 : la grille de dépouillement

Série A – Rigidité	Série B – Labilité	Série C – Évitement du conflit	Série E – Émergence des processus primaires
<p>A1 – Référence à la réalité externe A1-1 : Description avec attachement aux détails avec ou sans justification de l'interprétation A1-2 : Précisions : temporelle - spatiale – chiffrée A1-3 : Références sociales, au sens commun et à la morale A1-4 : Références littéraires, culturelles A2 – Investissement de la réalité interne A2-1 : Recours au fictif, au rêve A2-2 : Intellectualisation A2-3 : Dénégation A2-4 : Accent porté sur les conflits intra-personnels – Aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense A3 – Procédés de type obsessionnel A3-1 : Doute précautions verbales, hésitation entre interprétations différentes, remâchage A3-2 : Annulation A3-3 : Formation réactionnelle A3-4 : isolation entre représentations ou entre représentation et affect – Affect minimisé</p>	<p>B1 – Investissement de la relation B1-1 : Accent porté sur les relations interpersonnelles, mise en dialogue B1-2 : Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-3 : Expressions d'affects B2 – Dramatisation B2-1 : Entrée directe dans l'expression. Exclamations. Commentaires personnels. – Théâtralisme. Histoire à rebondissements B2-2 : Affects forts ou exagérés B2-3 : Représentations et/ou affects contrastés – Aller/retour entre désirs contradictoires B2-4 : Représentations d'actions associées ou non à des états émotionnels de peur, de catastrophe, de vertige... B3 – Procédés de type hystérique B3-1 : Mise en avant des affects au service du refoulement des représentations B3-2 : Erotisation des relations, symbolisme transparent, détails narcissiques à valeur de séduction B3-3 : Labilité dans les identifications</p>	<p>CF – Surinvestissement de la réalité externe CF-1 : Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – Référence plaquée à la réalité externe CF-2 : Affects de circonstance, références à des normes extérieures CI – Inhibition CI-1 : Tendence générale à la restriction (temps de latence long et/ou silences importants intrarécits, nécessité de poser des questions, tendance refus; refus). CI-2 : Motifs des conflits non précisés, banalisation, anonymat des personnages CI-3 : Éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours CN – Investissement narcissique CN-1 : Accent porté sur l'éprouvé subjectif – Références personnelles CN-2 : Détails narcissiques – Idéalisation de la représentation de soi et/ou de la représentation de l'objet (valence + ou –) CN-3 : Mise en tableau – Affect-titre – Posture signifiante d'affects CN-4 : Insistance sur les limites et les contours et sur les qualités sensorielles CN-5 : Relations spéculaires CL – Instabilité des limites CL-1 : Porosité des limites (entre narrateur/sujet de l'histoire; entre dedans/dehors...) CL-2 : Appui sur le percept et/ou le sensoriel CL-3 : Hétérogénéité des modes de fonctionnement (interne/externe, perceptif/symbolique, concret/abstrait...) CL-4 : Clivage CM – Procédés anti-dépressifs CM-1 : Accent porté sur la fonction d'éclayage de l'objet (valence + ou –) – Appel au clinicien CM-2 : Hyperinstabilité des identifications CM-3 : Pirouettes, virevoltes, clin d'œil, ironie, humour</p>	<p>E1 – Altération de la perception E1-1 : Scotome d'objet manifeste E1-2 : Perception de détails rares ou bizarres avec ou sans justification arbitraire E1-3 : Perceptions sensorielles – Fausses perceptions E1-4 : Perception d'objets détériorés ou de personnes malades, malformés E2 – Massivité de la projection E2-1 : Inadéquation au thème au stimulus – Persévération – Fabulation hors image – Symbolisme hermétique E2-2 : Evocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiologies ou attitudes – Idéalisation de type mégalomaniaque E2-3 : Expressions d'affects et/ou de représentations massifs – Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive E3 – Désorganisation des repères identitaires et objectifs E3-1 : Confusion des identités – Télescopage des rôles E3-2 : Instabilité des objets E3-3 : Désorganisation temporelle, spatiale ou de la causalité logique E4 : Altération du discours E4-1 : Troubles de la syntaxe – Craquées verbales E4-2 : Indétermination, flou du discours E4-3 : Associations courtes E4-4 : Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne...</p>

Annexe 3 : Le protocole du TAT

Protocole du T.A.T du cas « Mehdi »

Planche 1

1" un garçon qui réfléchit comment travailler avec une guitare.... Il la posé sur une large feuille. 29"

Planche 2

4" des hommes.... Une femme.... Je n'ai pas compris. Un cheval, les montagnes.... Un cimetièrre. La femme tient un livre et celle là a croisé ses bras.... Il y a des grandes pierres. La montagne. 1'3

Planche 3BM

3" c'est quoi ça ! Un homme qui pleure à côté de lui se trouve une clé. Un homme assit sur un mur et à côté de lui une clé c'est tout. 38"

Planche 4

5" Mr Been et une femme.... Assise sur une chaise. 45"

Planche 5

4" Elle fait peur. Une grand-mère à côté de la porte, ouvre la porte, des livres.... Une lampe. Des fleurs, un bureau, le coran.... Un casier. 58"

Planche 6BM

4" Un homme et une grand-mère c'est tout à la maison, ils sont assit. Elle réfléchit, pense. Comment expliquer ? Elle pense à son fils. L'homme a mit un masque sur son visage pour effrayer les gens. La femme a croisé ses bras. 1'17

Planche 7BM

3" Bouteflika et un homme ils sont dans la photo. Bouteflika avec son frère ou avec un homme. Ils cherchent à voler des choses.... L'argent des gens. 47"

Planche 8BM

3" Des hommes qui se battent, ils ont tous un couteau ils sont dans la photo. Un homme qu'ils sont entrain de tuer.... Je n'ai pas compris.... Elle fait peur. Ils l'égorgent il est tombé et il est mort.... L'enfant s'est éloigné d'eux il ne veut pas entrer. Voici les vampires ils vivent dans le noir. Voilà le sang. 1'52

Planche 10

4" C'est quoi ça ! Une femme et un homme entrain de faire un câlin c'est tout. 15"

Planche 11

4" Des chauves souris qui volent. Une maison et un mur et c'est tout.... Des arbres. Il fait peur. C'est quoi ça ! Pierres, une bouche, des yeux, je ne l'ai pas compris. 1'03

Planche 12BG

3" Des arbres.... Un arbre. Pierres. Herbes. Un bateau sur terre.... Ils font tout avec ce dernier. La neige tombe comme nous. 53"

Planche 13B

2" mur, porte un enfant. Les clous et dans les pierres et l'herbe. Le garçon se réchauffe. 39"

Planche 19

4" Je n'ai rien compris.... Je n'ai rien compris dedans. Une voiture et une écriture en langue française L italique....Y.... et une photo d'un pneu et un homme qui a des yeux seulement, des bras, des cheveux, des pieds, une nuque. 1'50

Planche 16

6" Un mur, un homme, une maison, une femme, un bâtiment et le ciel bleu. Il y a des enfants qui jouent au hand-ball c'est tout. 1'37

Protocole du T.A.T du cas « Nassim »

Planche 1

8" un enfant lit le coron... Enfant qui pense au coron. 4"

Planche 2

3" une femme tient dans sa main un cahier ou une pierre....Femme.... Un homme monte sur le cheval.... Pierre. 4"

Planche 3BM

10" un homme....Un voleur qui met une chose sur sa tête il parait qu'il vole.... Il me parait fatigué vue la position de sa mainJe ne sais pas carrémentJe ne peux pas le prononcer. Si seulement il y avait une écriture....Je n'ai pas pu le prononcer. 4"

Planche 4

3" une femme qui tient son mari. Celui là est un homme qui regarde le mur ou les gens. Une femme tient son père....Une femme qui parle avec son père....Celle là est une fille qui regarde son père. Son père...Ne veut pas d'elle. Elle le tient et il ne veut pas la voir il veut partir.2"

Planche 5

6" celle là est une mère qui regarde les fleurs... Elle est entrée et prend un livre pour le lire...Livres....Fleurs. Celle là est pour la lumière. 3"

Planche 6BM

1' une femme regarde par la fenêtre et celui là est son père ...Qui est parti pour ramasser une pierre. 1"

Planche 7BM

4" un homme parle avec son oncle. Le père ne parle pas. 1"

Planche 8BM

9" un medecin....Celui là est un couteau...Celui là est un voleur...Il égorge l'homme. 5"

Planche 10

6" celui là est un homme. Un mouton. Homme. L'homme égorge le mouton et le met par terre. 1"

Planche 11

7" je n'ai pas compris cette planche...Je n'ai pas compris...Je ne sais pas. Elle est mélangée c'est un mélange. Ils ne semblent pas comme des hommes mais plutôt comme des animaux ou des pierres. Je n'ai pas pu comprendre quoi que se soit. 1'

Planche 12BG

52" arbre. Fer. Elle met ses feuilles dans le fer. L'arbre a froid quand le vent souffle elle laisse tomber ses feuilles et ici c'est l'herbe. 1'

Planche 13B

4" un enfant assis sur une planche à coté de la porte et regarde le vent ou le soleil. Je ne sais pas... Assit sur une planche et pieds nus. Les pierres... une fourmi peut pénétrer dans ses pieds.... Cette moitié je ne l'ai pas reconnu des pierres ou la terre. 4"

Planche 19

Un tracteur. Une main, des doigts... c'est l'homme qu'il a ramené pour enlever des petites herbes. Un chien regarde les arbres qui sont à droite. Le noir je ne l'ai pas reconnu. 3"

Planche 16

3" je n'ai aucune histoire... je ne sais pas...je ne réfléchis pas...je n'ai pas d'histoire carrément...je n'ai pas d'histoire....je ne réfléchis pas. Le matin je n'arrive pas à réfléchir. J'ai oublié à quoi j'ai pensé durant la nuit....il n'y a pas de différence entre les autres planches et celle là, elles sont identiques. 5"

Protocole du TAT du cas Bilal

Planche 1

1'05 un garçon parle au téléphone, assis sur la table.... Un avion Il est à la maison.... Il est à la maison.... Il parle au téléphone il la mit dans son oreille et ça une table.... C'est la nuit après il se lève le matin pour étudier et écrire, après il prend un crayon, après il prend un crayon, après il prend ses affaires, puis il va neiger, quand il est sortit retrouver en plein nuit c'est tout. 2"

Planche 2

3" celle là est une femme et un homme, et celle là une vache, et ceux là jouent à l'extérieur Puis la terre s'est renversée sur lui, puis ça se sont des pierres, la terre, une maison et ça c'est la terre. 1'04

Planche 3BM

3" un garçon qui se lave le visage.... Les mains allongées.... L'éguie et la terre.... Il a mit l'éguie dans ses bras c'est tout. 1"

Planche 4

6" une mère et un homme sont sortit par la porte et une autre mère est restée à la maison, après ils sont seul, ils n'ont pas de maison, on les a enfermés, ils sont à l'extérieur c'est tout.

Planche 5

2" une mère est tombée, il y a personne ils l'on laissé seul à la maison après elle a ouvert la porte, son père est venu, ça se sont des livres, roses, une armoire, une table, une lampe.... Celui là on met dedans des livres et cette armoire on met dedans des vêtements, ça se sont des roses, une lampe et une mère qui rentre. 1'57

Planche 6BM

2" celui là est un homme, celle là une mère, ils sont seul, ils n'ont pas de maison, ils sont assit seulement, on les a enfermés ils sont dehors. 54"

Planche 7BM

3" homme, homme. La nuit est tombée. Celui là s'est levé et celui là aussi. Il a neigé. Ils sont assit seulement. La tête de celui là est de ce coté et l'autre de l'autre coté celui là est descendu en bas. 1"

Planche 8BM

1" celui là est un homme. Cet homme travaille. Celui là lui a ramené celle qui réchauffe. Celui là regarde et celui là s'est endormi sur le lit c'est tout.

Planche 10

9" celui là est un homme et celui là est un homme.... Ils jouent.... Est ça une maison. Des doigts.

Planche 11

16" ça c'est la terre, ça c'est la terre. Celle là est une chatte qui monte et ça c'est la terre c'est tout. 29"

Planche 12BG

2" c'est la pierre, un puis, herbes. Celle là est une pierre de l'herbe et celui là un puis. 32"

Planche 13B

2" celui là est un garçon qui regarde, et ça des pigeons. Il est assit ici et il a fait comme ça. Ça c'est est pierre. 28"

Planche 19

9" celle là est une voiture et ceux là des chiens. Et ça la terre, ça des pigeons et ça des pneus. 41"

Planche 16

4" celui là est un chien. Celui là est un voleur et ici une maison c'est tout. 33".

Protocole du T.A.T du cas « Walid »

Planche 1

7" Un enfant se concentre sur ses études, il a mit un livre devant lui pour le lire.34"

Planche 2

12" Je vois une femme qui tient deux livres et je vois une femme à côté d'un arbre entrain de regarder, et il y a un homme à côté d'un cheval dans le jardin.33"

Planche 3BM

6" Je vois une femme entraine de manger, elle pleure je ne sais pas pourquoi....je ne sais pas. 35"

Planche 4

10" Je vois une femme qui vient vers l'homme.... Et une femme est partit chez eux. 43"

Planche 5

4" Je vois une femme entrer dans la chambre, dans sa chambre, il y a un casier de livres, un vase et celle là allume la lumière. 29"

Planche 6BM

4" Je vois une grand-mère et un hommeils font rien, elle est parti par là, et l'homme est resté tout le temps comme ça. 37"

Planche 7BM

3" Je vois un grand-père avec son fils qui sont entrain de parler.... Il dit quand je meure qu'est ce que tu vas faire et il lui dit

Planche 8BM

10" Je vois une bande de mafias qui ont kidnappé un homme pour lui enlever ses reins pour ensuite les vendre. 32"

Planche 10

12" Je vois un malfaiteur qui vient vers un petit enfant ou grand....enfant il veut le mordre....je sais pas....le malfaiteur est venu tout seul pour le mordre. 46"

Planche 11

14" Je vois deux hommes qui traversent la route, le pont est à côté d'eux, il y a les pierres....ils vont vers leurs maison c'est tout. 38"

Planche 12BG

4" Je vois une barque à côté d'un arbre sur l'herbe c'est tout, personne ne la ramené. 20"

Planche 13B

3" Je vois un garçon assis devant la porte de sa maison entrain de penser construite à base de bois, elle est obscure à l'intérieur, il pense à vivre dans une belle maison. 22"

Planche 19

7" Je vois deux cadres.... Et ici le feu est allumé, et ici un cahier.... Une maison qui a deux yeux et ici un arbre c'est tout. 28"

Planche 16

21" J'imagine le garçon de tout à l'heure qui possède une bonne maison un jardin qui a des arbres et des plantes, et lui est dans la maison avec son père, sa mère et ses frères qui vivent dans la maison c'est tout. 30"