

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SCIENCES SOCIALES



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE

En vue de l'obtention du diplôme de master
Option : Psychologie clinique.

Thème :

**« LE DEVELOPPEMENT DE L'IMAGINAIRE ET DE LA
SYMBOLISATION CHEZ LES ENFANTS MALADES ».**

Etude clinique de six (06) cas âgés entre 05 ans à 09 ans.

Réalisée à l'hôpital d'Akbou «AKLOUL ALI».

À (Bejaïa).

● **Réalisé par :**

➤ M^{elle} : FETTOUS KAHINA.

➤ M^{elle} : HAMIDI WASSILA

● **Encadré par :**

➤ M^{me} : DOUAKH ALIMA.

Année universitaire : 2014-2015.



UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SCIENCES SOCIALES



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE

En vue de l'obtention du diplôme de master
Option : Psychologie clinique.

Thème :

**« LE DEVELOPPEMENT DE L'IMAGINAIRE ET DE LA
SYMBOLISATION CHEZ LES ENFANTS MALADES ».**

Etude clinique de six (06) cas âgés entre 05 ans à 09 ans.

Réalisée à l'hôpital d'Akbou «AKLOUL ALI».

À (Bejaïa).

● **Réalisé par :**

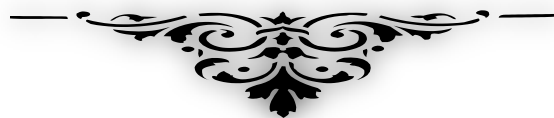
➤ M^{elle} : FETTOUS KAHINA.

➤ M^{elle} : HAMIDI WASSILA

● **Encadré par :**

➤ M^{me} : DOUAKH ALIMA.

Année universitaire : 2014-2015.





Remerciements

*Nous remercions tout d'abord le bon dieu qui nous a donné le courage et la
Volonté pour réaliser ce modeste travail*

*Nous remercions également Madame Douakhi Alima et madame Bouhoui qui
nous a guidés tout au long de ce travail. Il a su nous donner à maintes occasions
la possibilité de présenter notre*

*Travail et le faire valoir Qu'il trouve ici toute notre reconnaissance et notre
sincère respect.*

*Nous tenons à formuler notre gratitude et notre profonde reconnaissance à ;
l'égard de nos parents pour leur soutien durant tout nos cursus*

A monsieur Gassi qui nous a aidés

*Nous tenons également à remercier le personnel de service pédiatrie d'hôpital
d'Alkhou leur tête monsieur Rabah, La psychologue Kahina et l'infirmière
rachida qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail.*

N'oublions pas les enfants et leurs mamans pour leurs participations

*Comme nous tenons à rendre hommage à tous les enseignants qui sans eux ce
travail n'aurait pas vu le jour, nous vous souhaitons un bon courage. Grand
merci pour mes enseignants.*

WASSILA & KAHINA.

Dédicaces

*A mes très chères père et mère qui n'ont cessé de m'encourager et me soutenir
durant toutes mes années d'études et surtout cette dernière année*

Leur sacrifice est incalculable et quoi que je fasse pour eux je ne pourrais leur

Rembourser leur soutien et tendresse

*Et qu'ils trouvent à travers ce modeste travail tout mon amour et ma
reconnaissance.*

A mes chers frères et sœurs que j'aime très fort

Walid et fares

*Lydia et ma petite adorable Thinhinane qui passe son examen de bac, je te
souhaite la réussite nchallah*

Mon future marie ainsi que toute sa famille

Sima et sa sœur souad ainsi que toute sa famille

Kahina ainsi que toute sa famille

A ceux qui m'ont aidé de près ou de loin à réaliser ce travail

A toute la promotion « psychologie clinique » 2014-2015.

WASSILA.

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

- Mes très chères parents mon cher papa Kamel, et

ma chère maman fatiha qui se sont sacrifiés pour moi toute au long de mes études, qui m'ont soutenu et donné la foi pendant tous mon parcours, que dieu les protèges.

- Mes frères : Aarab et El-hacen.

- Ma petite sœur: Lydia.

- Mon futur mari : Salim, et TOUTE sa famille.

Wassila, et toute sa famille.

- A tous Mes amies : Assia, Fouzia, Maada, Nabila, Nacera, Sabrina, Sofia, Sonia.

- Tous mes amies et collègues de section.

- A tous ceux qui ont contribué, de loin ou de près, ont contribué à la réalisation de ce travail.

KAHINA.



Sommaire

Le sommaire :

Remerciements	
Dédicace	
Introduction.....	01

La Première Partie : Partie Théorique

Problématique et hypothèses :.....	04
1. La problématique :.....	04
2. Questions de recherche.....	07
3. Les hypothèses.....	07

Chapitre 1 : le développement de l'enfant.

Préambule :.....	10
1. Quelque définition :.....	10
1.1. L'enfant et l'enfance :.....	10
1.2. Le développement :.....	10
2. Le développement affectif de l'enfant :.....	10
2.1.Selon S.FREUD :.....	10
2.2.Selon D.WINNICOTT :.....	14
2.3.Selon M.Mahler :.....	19
2.3.1. Processus de différenciation : séparation-individuation :.....	19
2.4.Selon J.Bowlby :.....	21
2.4.1. Attachement :.....	21
3. Le développement cognitif et intellectuel de l'enfant :.....	21
3.1. Le développement cognitif de l'enfant :.....	21
3.2. Le développement intellectuel de l'enfant :.....	25

Conclusion :

Chapitre 2 : La Maladie

Préambule :.....	28
1. Quelques définitions :.....	28
1.1. La maladie aigue	28
1.2. La maladie chronique	28
2. Le malade et sa maladie :.....	29
2.1. Le vécu de la maladie	29
2.2. Le vécu de l'enfant	30
3. Les différents types de la maladie :.....	32
3.1. La maladie aigüe	32
3.2. La maladie chronique :.....	32
4. Les enjeux de la maladie de l'enfant :.....	34
4.1. Les enjeux pour l'enfant :	34
4.2. Les mécanismes d'adaptation :	37
4.3. Enjeux pour la famille :.....	39
4.4. Enjeux pour la fratrie	42
Conclusion	

Chapitre 3 : l'imaginaire et la symbolisation

Préambule.....	44
1. Quelques définitions :.....	44
1.1. L'imaginaire.....	44
1.2. La symbolisation.....	44
2. Aperçu historique de l'imaginaire.....	44
3. L'imaginaire : plaisir, désir, fantasme, et « mise en scène ».....	45
4. Que permis le registre imaginaire ?.....	46
5. L'imaginaire est le registre du sens, grâce à l'intervention du symbolique	47
6. L'imaginaire registre de la créativité des besoins fondamentaux du sujet.	47
7. Les pièges de l'imaginaire.....	48
8. L'imaginaire instance de recours.....	49
9. Articulation réel, symbolique, imaginaire et apprentissage.....	49

10. Le monde imaginaire de l'enfant.....	49
10. 1 Les caractéristiques de l'imagination.....	49
10.2 L'importance de monde imaginaire.....	50
10. 3 L'évolution de l'imaginaire selon l'âge.....	50
11. la fonction sémiotique ou symbolique.....	51
11. 1 la fonction sémiotique et limitation.....	51
11. 2 Le jeu symbolique.....	52
11. 3 Le dessin.....	53
11. 4 Les images mentales.....	53
11. 5 La mémoire et la structure des souvenirs.....	55
11. 6 Le langage.....	55
Conclusion :	
La Deuxième Partie : La Partie Pratique	
Chapitre 4 : la méthodologie de la recherche et la population d'étude	
Préambule.....	61
1. Définitions des variables.....	61
2. Pré-enquête.....	62
3. Méthode utilisée.....	63
4. Echantillon d'étude :.....	63
5. Lieu de la recherche	64
6. Les techniques utilisées	65
6.1. L'entretien clinique.....	65
6.2. Le guide d'entretien.....	66
6.3. Le dessin libre.....	66
Conclusion :	

**Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion
des hypothèses :**

Préambule.....	73
1. La présentation des cas et l'analyse des résultats.....	73
2. Synthèse générale des cas :.....	92
3. Discussions des hypothèses.....	93
Conclusion :	
La conclusion générale :.....	96
La liste bibliographique :.....	98
Les annexes :.....	101

Liste des tableaux :

N° des tableaux.	Titre des tableaux.	La page.
Annexe 1 Tableau N°1	La répartition de l'échantillon selon le sexe	63
Annexe 2 Tableau N°2	Echantillon d'études ses caractéristiques	64
Annexe 4 Tableau N°3	l'interprétation de dessine libre selon Françoise Dolto.	69-70
Annexe 5 Tableau N°4	Propositions d'interprétations de D .widlöcher	71



Introduction

Introduction :

Il aura fallu des décennies pour qu'une compréhension et une formalisation du développement de l'enfant et ses compétences voient le jour et permettent d'appréhender l'enfant comme un acteur au sein de son environnement. Actuellement ce domaine d'étude constitue l'un des champs d'investigation les plus prometteurs de la psychologie, ou de nouvelles méthodologies produisent des découvertes inattendues et obligent à une reconsidération des informations jusqu'alors détendue.

Le siècle qui vient de s'écouler fut porteur d'évolutions radicales de statut de l'enfant. Mieux protégé, enfin reconnu dans sa fragilité et son besoin de soins spécifiques.

L'enfant au cours de son développement peut tomber malade, et si cette maladie ne remet pas directement en cause le pronostic vital, elle implique néanmoins de nombreuses contraintes qui entraînent des bouleversements profonds dans la vie de l'enfant. Notre étude propose de comprendre le monde imaginaire de l'enfant malade et son accès au monde symbolique.

Dans notre étude qui porte sur le de développement de l'imaginaire et de la symbolisation chez les enfants malade, plus précisément, âgé entre 5 à 10 ans, nous avons choisi comme terrain d'étude le service de pédiatrie du centre hospitalier AKLOULE ALI D'AKBOU, qui répond aux objectifs de notre recherche.

L'approche psychanalytique avait servie de cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur 6 cas.

Le manque des études sur ce thème, nous a poussées à l'élaborer et cela pour contribuer à une recherche qui permettra d'apporter des éléments d'informations qui pouvant aider à mieux comprendre ce phénomène.

Pour atteindre notre objectif nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants :

Une partie théorique : divisée en quatre chapitre ; le premier chapitre traite le développement du l'enfant spécifiquement le développement affectif, cognitif et intellectuel de l'enfant, le second chapitre traite la maladie et ces enjeux, le troisième chapitre traite l'imaginaire et la symbolisation, et en fin au quatrième chapitre c'est la problématique et les hypothèses de notre recherche.

Introduction

Une partie méthodologique : dont on a abordé la démarche et la population de notre recherche, les techniques et les outils de recherche utilisé pour confirmer nos hypothèses ainsi que leurs analyses.

Une partie pratique : où on a abordé les éléments suivants : présentation des cas de notre étude, discussion et analyse générale des résultats, et une discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées.

En fin on termine notre étude par une conclusion générale.

La première partie :
La partie théorique

La problématique :

Les étapes du développement est l'ensemble des compétences d'un enfant à un âge donné. C'est aussi la préparation des compétences de l'âge suivant. Les enfants font l'objet de nombreux travaux qui permettent de mettre au jour les périodes charnières dans le développement langagier, cognitif, social et affectif, sensoriel et moteur de l'enfant. Depuis le siècle dernier, plusieurs chercheurs ont mis en évidence des repères dans le développement de l'enfant, l'importance de l'action de l'enfant sur son environnement et celle des interactions, notamment dans la maîtrise du langage, tels que «Wallon», «Vygotsky», «Piaget», ou «Bruner».

Wallon considère que la personnalité de l'enfant se développe, par une succession de six stades et au travers de deux fonctions principales : l'affectivité et l'intelligence qui se diffère de celle de l'adulte. Il a établi que le nourrisson part d'un niveau de conscience « primitif » et que son développement intellectuel évolue au cours de stades distincts, motivé par un désir inné de connaissance du monde. D'un autre côté **Winnicott** accorde une grande importance à l'interaction entre le bébé et sa mère. Celle-ci assume trois fonctions essentielles : le «holding», le «Handling», la «présentation de l'objet». Winnicott forge le concept de « mère suffisamment bonne » pour désigner une mère qui répond de manière adaptée aux besoins du nourrisson. Winnicott s'est particulièrement intéressé à «l'objet transitionnel », peluche ou morceau de tissu auquel le jeune enfant s'attache. D'après **Bruner**, les parents apportent un soutien efficace à l'enfant lorsqu'ils lui permettent d'aller au-delà de ce qu'il est capable seul, puis qui disparaît lorsque l'enfant parvient à réaliser la tâche de façon autonome.

(Catherine GRAINDORGE, 2005, pp21-28)

L'imagination est la faculté de se représenter les objets par la pensée. Il s'agit d'une fonction qui crée des images, et les utilise, l'imaginaire étant le contenu de ce qui est produit par cette fonction.

L'imaginaire peut se concevoir comme une sorte de territoire intime et propre à chaque individu, dans lequel celui-ci exerce sa faculté d'imagination, sans les barrières et les contraintes de la réalité. Il s'agit d'un caractère individuel, privé et donc, d'un pouvoir de la pensée. Il peut aussi se manifester dans le processus de créativité : le jeu, l'art, la littérature sont l'expression de l'imaginaire.

Tout éducateur s'attache à ce que l'enfant puisse développer son imaginaire et sa créativité dès son plus jeune âge. Ces facultés s'expriment dans le jeu de faire-semblant (ou jeu symbolique), dans le dessin, les histoires qu'il écoute ou qu'il raconte. (<http://www.jdheraudet.com>)

Selon **Winnicott** et **Bion** les débuts de L'imaginaire du bébé est d'abord celui de sa mère. La capacité de rêverie maternelle initie un processus de pensée dès le premier mois de vie et tout au long de la phase dite d'indifférenciation entre le bébé et sa mère.

Bion montre que c'est la mère qui donne sens aux vécus du tout-petit, les mobilise en les interprétant, les expériences du bébé acquérant ainsi une signification. Peu à peu au fil des expériences de séparation, le bébé commence à s'individualiser : c'est le premier espace de pensée appelé l'aire transitionnelle, dans laquelle le bébé choisit un objet qu'il est capable de penser.

Selon **Piaget** les débuts de l'imaginaire se situent dans un registre intellectuel. Cette perspective offre l'intérêt de pouvoir suivre très précisément les conduites observables des enfants du point de vue de ses manifestations. L'accès à la fonction symbolique (capacité d'évoquer un objet ou un évènement en leur absence), permet à l'enfant de créer son imaginaire. Il décrit la genèse de la symbolisation à travers l'évolution de l'imitation et du jeu symbolique. L'enfant passe, vers l'âge de (15) ou (18) mois, d'une pensée centrée sur l'action et les objets limités au moment présent (activité sensori-motrice) à une pensée représentative que lui permet en quelque sorte de porter le monde dans sa tête, de le modifier et de l'inventer.

Tout au long du développement, d'autres processus symboliques vont se manifester dans un espace qui s'agrandit. Le jeu symbolique puis le langage témoignent de ces progrès. L'imaginaire peut alors exister indépendamment de celui de la mère. C'est le processus d'individualisation qui amène le bébé à penser d'une manière autonome. (**Jacky Merkling et Solange Langenfeld, 2010, p21**)

D'un point de vue cognitif la maîtrise de la fonction symbolique par la représentation de la rivalité permet à l'enfant d'accéder au récit, de raconter des évènements qu'il a vécus. Dans le même temps, il découvre qu'il peut inventer des lieux, des personnages, des situations imaginaires. C'est là un moment passionnant où l'enfant prend conscience du pouvoir de sa pensée. Seul ou en groupe il va créer des épopées de plus en plus riches, alimentées par les histoires qui sont racontées, les dessins animés ... qu'il regarde. Le langage, de plus en plus

développé, soutient cette activité symbolique très riche. Parfois égocentrique, lorsque l'enfant se raconte à lui-même des histoires qu'il invente, il permet également les échanges avec l'adulte et surtout avec les pairs. **(Jacky Merklings et Solange Langenfeld, 2010, p16)**

Du point de vue affectif les jeux s'appuyant sur une identification aux adultes, sont bien connus par les professionnels. Ils permettent à l'enfant de se libérer des frustrations et des contraintes vécues quotidiennement, en s'identifiant aussi différents adultes "frustrateurs" et en prenant le pouvoir à son tour. Ce sont des occasions de construire sa personnalité au cours de la période œdipienne avec les enjeux affectifs qui l'accompagne (attachement et rivalité). L'attrait pour les contes et les histoires d'ogres s'explique également par les angoisses de dévoration et/ou de frustration correspondant aux stades de développement psychoaffectif. **(Jacky Merklings et Solange Langenfeld, 2010, p13)**

Que ce soit dans le jeu, dans le dessin ou dans les histoires qui lui sont racontées et support à ses propres créations, l'imaginaire est pour l'enfant un besoin psychique essentiel dans le sens où cette activité équilibre les tensions très fortes de cette période de la sexualité infantile. (<http://www.jdheraudet.com>)

Quand la maladie intervient dans des périodes charnières du développement (période post-natale ; acquisition de la marche ; première scolarisation ; adolescence, etc.), elle peut entraver ce développement, particulièrement si les interactions parents-enfants se dégradent en raison d'une souffrance psychique non exprimable. Certaines maladies et leurs traitements entraînent une intense agression de l'image du corps. Celle-ci est source de difficultés secondaires très importantes dans l'investissement corporel de l'enfant par lui-même et/ou par ses parents, ce qui justifie un abord pédopsychiatrique en lien avec le suivi pédiatrique. C'est souvent autour de cette problématique que l'enfant se déprime ou bien évolue vers des troubles anxieux plus ou moins envahissants. Être malade pour un enfant, c'est généralement et avant tout une situation qui l'entrave dans sa vie quotidienne : la maladie l'empêche d'être avec ses amis, d'aller à l'école, le contraint à rester au lit, à prendre des médicaments dégoûtants, selon **Leblanc, 2002** : « La maladie est un ébranlement de la subjectivité. ». **(Catherine GRAINDORGE, 2005, pp21-28)**

L'enfant, lorsqu'il est malade, reste « celui qui connaît le mieux sa maladie, n'a pas toujours les moyens ni l'audace d'exprimer et de rationaliser cette connaissance mais a toujours son idée » **(Kipman, 1981)**.

Tout au long du travail de la maladie chez l'enfant, le jeu reste un outil utile, incontournable et efficace. En effet, pour peu qu'on laisse l'enfant en présence de jouets quels qu'ils soient (certains préfèrent les animaux, d'autres les êtres humains, avec plus ou moins de « matériels » médicaux), on s'aperçoit qu'il construit rapidement des scénarios montrant les angoisses, les questions, les doutes qu'il ne peut transmettre indirectement aux adultes, n'ayant pas les mots pour les dire, ou craignant leurs réponses

Par ses jeux plus ou moins symboliques (parfois ils sont très explicites et miment concrètement ce que l'enfant vit à l'hôpital par exemple), il devient véritablement acteur de sa maladie, et ouvre ainsi un espace d'échanges sur un terrain moins dangereux pour lui.

L'enfant soit il malade ou non, il imagine le monde en même temps qu'il apprend à le vivre. L'imaginaire peut s'exprimer dans la psychothérapie infantile à travers diverses modalités, comme le dessin, le rêve, le jeu, les tests de projection et la mise en scène qui forme l'espace optimal pour libérer la créativité. . (Ibid, p.32)

2. Questions de recherche :

A la lumière de ce qui a précédé notre but et de pouvoir répondre aux questions suivantes qui ont été élaborées à partir, des lectures et des études déjà faites et de nos constatations sur le terrain à travers notre pré-enquête sur notre thème de recherche.

Quelle est la spécificité de l'imaginaire et de la symbolisation chez les enfants malade ?

Est-ce que le monde imaginaire de l'enfant malade et son accès au monde symbolique est spécifique ?

Pour répondre à ces questions, nous émettons l'hypothèse suivante :

3. Les hypothèses :

Hypothèse générale :

- **Le développement imaginaire de l'enfant malade et son accès au monde symbolique est spécifique.**

Hypothèse partielle :

- **Le développement imaginaire de l'enfant malade et son accès au monde de symbolisation est Restreint.**



Chapitre 01 :
Le développement de
l'enfant

Préambule :

Le développement de l'enfant se déroule dans le temps et sa chronologie est essentielle. Puisque notre recherche porte sur les enfants malades donc nous avons construit tout ce chapitre dans lequel nous allons présenter le développement affectif, cognitif et intellectuel de l'enfant.

1. Quelques définitions :**1.1 L'enfant et l'enfance :**

Au sens étymologique, le terme d'enfant du latin infant, désigne l'être humaine qui n'a pas encore acquis l'usage de la parole. Dans son acception actuelle en psychologie le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui, selon les auteurs, se situe entre la naissance et la maturité, entre la naissance et la puberté ou encore entre l'émergence du langage et la puberté. (**Doron R. et Parot F., 2007, p.55**)

1.2. Le développement :

Ensemble des processus successifs qui, dans un ordre déterminé, conduisent un organisme à sa maturité. (**Henriette Bloch, et Al., 1999, p.56**)

2. Le développement affectif de l'enfant :**2.1 Selon S. Freud :****2.1.1 Généralités :**

Même s'il n'a pas méconnu les interrelations étroites (et notamment énergétiques) entre le développement intellectuel et le développement affectif, **Freud** nous a surtout donné une description chronologique du développement affectif.

L'enchaînement des différents stades est évidemment très progressif et chacune des problématiques successives (orales, anales, et phalliques) laisse derrière elle des traces qui s'organisent en strates successives susceptibles, selon les cas, de cristalliser des points de fixation vers ou convergeront les éventuelles régressions ultérieures. Autrement dit, aucun stade n'est purement et simplement dépassé mais on assiste seulement à une succession de thématiques prévalentes sous-tendues par une zone érogène déterminée, un choix d'objet et un niveau de relation objectale spécifiques. (**Bernard G. 2006, P.17**)

2.1.2 Evolution de la relation d'objet :

Indépendamment du type de relation objectale que nous avons décrit à propos de chacun des stades du développement psychoaffectif (avidité du stade orale passif, envie du stade sadique orale, emprise du stade anale), on peut repérer dans l'œuvre de **Freud** une évolution de la relation objectale considérée sous l'angle du narcissisme précédent. Très schématiquement on peut dire qu'après la période auto-érotique initiale, la relation d'objet est ensuite infiltrée d'un narcissisme qui est au tout premier plan à l'époque du stade anal, ou l'on a vu que prenait corps une problématique de type homosexuel au stade phallique œdipien.

A l'adolescence, on observe une régression de l'amour objectal au narcissisme (secondaire) avec une réactivation des tendances homosexuelles fondée sur un choix narcissique d'objet. Après l'adolescence la relation d'objet objectale en, en principe, redeviendra de type hétérosexuel. (**Bernard Golse, 2006, P. 33**)

2.1.3 Le concept de régression :

Dans la mesure où chaque stade du développement psychoaffectif laisse derrière lui des traces et d'éventuels points de fixation, une régression, c'est-à-dire un retour vers ceux-ci, est toujours possible.

S.Freud distingue une régression topique (excitation antidromique de l'appareil psychique), une régression temporelle (reprise d'étapes dépassées de l'organisation libidinale) et une régression formelle (retour à des modes anciens d'expression et de figuration), distinction s'inscrivant dans le cadre de la première topique.

Quoi qu'il en soit de ces trois modalités régressives, d'ailleurs toujours étroitement associées, l'important est de signaler que la régression se situe entre l'investissement objectal progrédient et dynamique et l'investissement narcissique regrédient et statique ou le plaisir est un plaisir de répétition (retour sur un objet familier, retour sur soi).

La régression peut donc être pathologique (en se fixant par exemple) mais est extrêmement fréquente dans le cours du développement normal en ce qu'elle peut donner lieu à un renforcement narcissique préalable à la reprise du processus dynamique d'investissement objectal, renforcement qui en constitue le temps préparatoire. (**Ibid.**)

2.1.4 Les fantasmes originaires :

Les fantasmes sont des productions du Moi. Parmi eux, une place particulière doit être faite aux fantasmes originaires qui semblent occuper une importance fondamentale dans le développement de l'être humain. **Freud** les a étudiés grâce à la reconstruction permise par l'analyse de sujets adultes et il en faisait des trames fantasmatiques universelles et indépendantes des expériences existentielles individuelles dans la mesure où elles constitueraient un patrimoine phylogénétiquement transmis.

Laplanche et **Pontalis** dans *Fantasme originaire, fantasme des origines et origine du fantasme* font remarquer que ces fantasmes apportent une réponse au problème des origines : origine de l'individu (fantasme de la scène primitive), origine de la différence de sexes (fantasme de la castration) et origine de la sexualité (fantasme de la séduction).

L'universalité de ces fantasmes serait à rapprocher de celles de symboles auxquels Freud voyait également une dimension phylogénétique. (**Bernard Golse, 2006, p. 38**)

2.1.5 La (Dé) Négation et la genèse de la pensée :

C'est un mécanisme grâce auquel le sujet refuse toute implication personnelle à propos d'un représentant pulsionnel gênant, surgissant à sa conscience. Exemple : «Vous demandez qui peut être cette personne dans le rêve. Ma mère, ce n'est pas elle.»

«La dénégation est une façon de prendre connaissance du refoulé, elle est, à proprement parler, déjà, une levée du refoulement mais, certes pas une acceptation du refoulé.» Certains auteurs placent ce mécanisme au rang des mécanismes au rang des mécanismes de défense et **A. Freud** le considère par exemple comme un précurseur du refoulement.

En réalité, à la lecture de ce court mais extraordinairement dense article de **Freud**, on sent qu'il s'agit en fait d'un processus beaucoup plus fondamental et fondateur qu'un simple mécanisme de défense face à l'angoisse.

Freud voit en effet dans la dénégation une source d'enrichissement des contenus de la pensée. «Au moyen du symbole de la négation, le penser s'affranchit des limitations du refoulement et s'enrichit de contenus dont il ne peut se passer pour son accomplissement.» (**Bernard Golse, 2006, p. 38**)

Il y voit également l'origine d'une élaboration des limites entre la réalité interne (psychique) et la réalité externe et un enrichissement de la fonction du jugement qui outre une valeur (agréable ou non) qu'elle accorde à l'objet, doit aussi lui attribuer un statut d'existence ou d'inexistence dans le monde environnant (jugement de réalité) ; le jugement de valeur précède le jugement d'existence qui consiste à retrouver, dans la réalité, des objets venant confirmer après-coup l'adéquation des images mentales construites à partir des perceptions initiales. Accepter renvoie aux pulsions de vie, réfuter aux pulsions de mort et de ce fait, «l'étude du jugement nous ouvre peut-être pour la première fois à l'intelligence de l'existence d'une fonction intellectuelle à partir des motions pulsionnelles primaires. » On sent ainsi que la dénégation est un processus crucial dans la ligne de développement qui mène du jugement de valeur (principe de plaisir) au jugement d'existence (principe de réalité). La dénégation est évidemment à distinguer du déni, généralement pathologique.

(Bernard Golse, 2006, pp. 38-39)

2.1.6 Le concept du roman familial :

Ce concept a été élaboré par **Freud** en 1909 dans un article *le roman familial des névrosés* qui a été également inséré dans l'ouvrage **d'O. Rank** sur *le mythe de la naissance du héros*. Il s'agit d'une activité fantasmatique consciente (rêverie diurne) très fréquente chez l'enfant en période œdipienne ou au-delà (notamment lors de la préadolescence) et qui vise à protéger les images parentales des désillusions inévitables que l'enfant vit à leur égard.

Freud discerne deux stades à ce roman familial : un stade asexuel concernant les deux parents avant la connaissance des processus sexuel de la procréation et un stade sexuel concernant surtout le père, une fois cette connaissance acquise.

Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours pour l'enfant de prendre une distance par rapport à ses parents réels en s'inventant des parents imaginaire idéalisés (rang social plus élevé, par exemple).

C'est un mécanisme de refus de la réalité assez voisin de celui que l'enfant met à l'œuvre pour dénier la différence des sexes.

L'enfant s'imagine ainsi être issu d'un autre lit ou être adopté ce qui est parfois une source de difficultés quand ceci entre en résonance avec les données de la réalité (modes de filiation caché, adoption).

L'émergence du roman familial, rarement remémoré consciemment mais plutôt dévoilé au cours de la cure a posteriori, permet au font à l'enfant de se dégager progressivement de l'autorité parentale, facteur essentiel de son individuation.

Compte tenu des motions agressives plus fortes chez le garçon que chez la fille, cette activité fantasmatique serait plus faible chez cette dernière.

Le roman familial permet parfois d'esquiver la problématique œdipienne en faisant échapper à l'interdit de l'inceste des relations sexuelles imaginaire de l'enfant avec l'un de ses parents ou l'un des membres de la fratrie. La mise en place d'un roman familial serait plus fréquent chez les enfants puinés car il leur permet en outre de résoudre ou d'atténuer leur vécu de rivalité fraternelle.

Enfin **Freud** cite le cas du roman familial inversé ou l'enfant _ pour maintenir fantasmatiquement ses privilèges affectif _ dénie toute légitimité à ses frères et sœurs et ne la maintiennent que pour lui-même.

Finalement, le roman familial _ quelle que soit sa structure _ est une élaboration défensive importante pour l'enfant un dernier baroud d'honneur avant d'affronter la deuil de ses images parentales. (**Bernard Golse, 2006 pp. 39-40**)

2.2 Selon D. Winnicott :

Au départ le Moi relève des processus primaire à partir desquels se développeront ensuite les identifications projectives et introjectives telles que **M. Klein** les a décrites. Plus tard le nourrisson devient un « sujet objectif » et se perçoit comme tel ; progressivement s'accroît le sentiment d'être. Réel et la conscience d'avoir une identité. Lorsque le Moi est ainsi constitué, c'est-à-dire lorsqu'il est une unité différencié de l'extérieur, **Winnicott** lui donne le nom de « self ». Le « self » au sens anglaise du terme est une représentation, un concept qui n'existe pas en tant que tel dès le début de la vie car l'enfant est encore en état de fusion avec sa mère. Pour **M. Vincent** par exemple, le « self » est l'héritier du « holding » ; c'est le Moi en tant que personne constitué de ses parties ; il s'établit pendant toute la période de dépendance relative où l'enfant se différencie progressivement de la mère en faisant l'expérience de l'épreuve de réalité et des frustrations, lorsque les objets commencent à exister pour eux-même, distinct du monde intérieur de l'enfant. Le «self» est donc le Moi maturé, mature ; il se constitue au-delà des cinq premiers mois. (**Bernard Golse, 2006, p. 84**)

Progressivement l'enfant devient de plus en plus capable de supporter des ruptures dans la continuité d'être, provoquées par l'éducation et les conditionnements. Plus tard c'est la sublimation qui devient une façon de soumettre à la réalité ainsi que la vie culturelle, intermédiaire entre le rêve et la réalité ; celle-ci permet à l'individu de vivre avec un «self» qui comporte un aspect soumis est un aspect spontané, liée à sa capacité de créer des symboles. Par contre un individu qui n'a pas ses ressources et qui est un être complètement soumis fonctionne au « faux-self». (Bernard G., 2006, p. 84)

2.2.2 Le « faux self» :

Le faux self provient du fait que la mère au stade primitif de no-intégration primaire n'est pas capable de rendre effective l'omnipotence du nourrisson et qu'elle lui fait tout le temps défaut au lieu de répondre à son geste. A la place du besoin du nourrisson, elle substitue le sien propre ce qui implique de la part du nourrisson une *attitude de soumission*. Cette soumission est le tout premier stade du «faux-self». La fonction du faux-self est de *dissimuler le vrai «self»*, et il y a tous les degrés possibles dans ce fonctionnement :

Il y a d'abord le faux-self dit physiologique ou normal. Le vrai self évolue, protégé par un faux-self qui se soumet aux exigences de l'environnement, aux exigences éducatives. Dans ce cas, le faux self exerce une *fonction défensive* pour protéger le vrai «self» ; et il n'est rien de plus qu'une *conduite sociale acquise et une adaptation par compromis*. Ainsi protégé le vrai «self» peut s'exprimer librement dans les circonstances favorables.

Mais si la mère ne s'adapte pas aux pulsions spontanées du nourrisson, celui-ci élabore un ensemble de relations artificielles et, *au moyen d'introjections*, il peut même arriver «à faire semblant d'être réel» de telle sorte qu'il peut ressembler exactement à sa mère. Dans le cas extrême, le «faux-self» est dissocié du vrai et il n'y a plus d'accès au vrai qui est privé de moyens d'expérience et de satisfaction. La dissociation peut porter sur la séparation du soma et de la psyché et perturbe alors le sentiment d'exister. Le «self» est donc clivé. Il n'y a plus de spontanéité et l'existence de l'enfant est remplie par des réactions aux heurts provenant de la réalité extérieure. (Bernard G., 2006, pp. 84-85)

2.2.3 La personnalisation :

La personnalisation est le processus psychosomatique par lequel *le Moi corporelle se fonde sur un Moi corporelle*. C'est tout ce qui concerne le «Handling» c'est-à-dire la

technique des soins corporelles ainsi que *l'expérience instinctuelle et les expériences paisibles* répétées qui établisse par degrés le sentiment que l'on a de sa personne dans son corps. **Winnicott** décrit le processus de personnalisation à travers le développement de la vie instinctuelle en se référant à la théorie de **Freud** sur la sexualité infantile ; à travers cet éveil de la vie instinctuelle s'élabore une représentation imaginaire des parties du corps et de leurs fonctions, avec des localisations toutes à fait logiques, déterminées par exemple par l'activité d'absorption et d'excrétion. Les fonctions instinctuelles vont prendre petite à petite un sens ; parallèlement va se constituer ce que **Winnicott** appelle une « *réalité psychique*, interne ou personnelle », au fur et à mesure que s'établiront un intérieur et un extérieur dont la peau deviendra la membrane frontière, avec en corollaire la constitution progressive du schéma corporel. Déjà à un an, le bébé est ancré dans son corps pendant certaines périodes. (**Bernard Golse, 2006, p. 85**)

2.2.4 L'esprit et l'association psyché-soma :

Par ailleurs l'esprit s'élabore au fur et à mesure à partir de la partie psychique du psyché-soma, en liaison étroite avec l'apport de l'environnement. C'est la constitution de *l'élaboration mentale*.

A la phase de *dépendance absolue*, l'enfant jouit de l'expérience de l'illusion qu'il a créé l'objet désiré ; cet objet désiré est un *fantasme* qui a sa correspondance dans le corps et qui apparaît dès le départ. Comme **Mélanie Klein**, **Winnicott** estime que le fantasme et le fonctionnement mental existe dès le départ ; c'est *l'illusion du contrôle omnipotent* qui est l'élément fondamental dans la maturation du fonctionnement mental ; elle est à l'origine de l'activité de pensée.

Entre six mois et deux ans, grâce à la quantité suffisante d'illusion qui a été vécue, le nourrisson peut alors utiliser les objets extérieurs pour fantasmer, en hallucinant la réalisation de son besoin par l'intermédiaire d'une activité auto-érotique quelconque ; comme l'avait déjà décrit Freud dans la description du passage du principe de plaisir au principe de réalité dans la formulation concernant les deux principes du fonctionnement mental (1911). Ainsi au stade de la *dépendance relative*, l'activité mentale de l'enfant permet de pallier les déficiences de sa mère en transformant un manque relatif d'adaptation en une adaptation réussie. Et à ce stade les frustrations brèves sont donc nécessaires car elles stimulent le développement du *fonctionnement mental venant en partie remplacer la bonne mère*.

A un an *les phénomènes intellectuels* commencent à apparaître ; ils permettent à la mère de répondre petite à petite sa vie à elle, tandis que l'enfant évolue progressivement vers l'indépendance. (Bernard Golse, 2006, pp. 85-86)

2.2.5 La relation d'objet :

La manière dont la mère et l'environnement propose le monde à l'enfant détermine l'établissement de la relation d'objet qui se fait à travers deux schèmes : le phénomène transitionnel et l'agressivité. (Bernard Golse, 2006, p. 86)

2.2.5.1 Le phénomène transitionnel :

Au départ l'enfant a une *relation primaire à la réalité extérieure* fondée sur l'expérience d'omnipotence et l'illusion qu'il crée lui-même l'objet désiré. Cette zone d'illusion suppose donc un chevauchement de ce que l'enfant conçoit et de ce que la mère apporte ; elle constitue une *zone intermédiaire entre la subjectivité et l'objectivité*. Winnicott la définit comme « l'espace potentiel » ou « *espace transitionnel* », c'est-à-dire une aire compromise qui constitue la plus grande partie du vécu de l'enfant et qui subsiste toute au long de la vie, permettant de « maintenir, à la fois séparés et reliés l'un à l'autre, réalité extérieure ».

Pendant la période de désadaptation progressive de la mère, phase de la dépendance relative, l'enfant n'a une relation qu'à des *objets partiels*, par exemple le sein, et même si l'enfant a une certaine connaissance spécifique de sa mère à certains moments privilégiés, il ne la distingue pas encore comme une personne. Par ailleurs, le nourrisson de quatre mois commence à intégrer à son schème personnel des « *objets-autres-que-Moi* » (par exemple un ours en peluche), qui permettent à l'illusion de trouver un support dans la réalité. C'est ce que Winnicott désigne par « *phénomène transitionnel* » ; et ce sont ces « *objets-autres-que-Moi* » ou « *objets transitionnels* » qui participent au cheminement de l'enfant du *subjectif pur* à *l'objectivité*. Winnicott leur a donné le nom de « *premières processus* ».

La première possession comprend d'abord des *activités plus directement auto-érotiques*, comme sucer le pouce ou le babil du nourrisson avant de s'endormir. Plus tard en 1968, les disciples de Winnicott se sont mis d'accord avec lui pour désigner par « *objet précurseur* » ou « *OP* » ces objets transitionnels qui sont exclusivement des parties du corps de l'enfant ou du corps de la mère et qui ont en commun leur introduction dans la bouche du nourrisson. Ces

«*OP* » sont un moyen de réunion avec l'objet primaire maternel pour assurer l'intégration du Moi. (Bernard golse, 2006, pp. 86-87)

Ensuite s'ajoute à ces activités auto-érotiques une autre activité qui suppose une *relation avec un objet externe*. Le bébé par exemple prend un bout de drap ou de couverture et le met dans sa bouche, tandis qu'il suce son pouce avec l'autre main. Plus tard ce sont les couches ou les mouchoirs qui sont choisis, puis les jouets en peluche et les poupées ; également tous les animaux, personnages et figurines transmis par la nature, la religion, les rituels (père Noël, fantômes, tous les héros de la littérature et du cinéma). Chacun est investi comme objet transitionnel pour une propriété particulière : l'objet peut plaire en raison de sa texture douce, dure ou molle, de sa chaleur, de son odeur ; ou bien l'enfant est attiré par la capacité de l'objet à se mouvoir, ou par tout autre caractère de vitalité. L'objet peut aussi être pour la valeur symbolique qu'il représente (force physique, pouvoir destructeur, magique, symbole maternel...).

L'enfant effectue une véritable prise de possession sur l'objet ; généralement il le tripote, le suce, le salit, l'abime ; il le charge d'affects très variés : l'objet peut être aimé avec passion et subir à d'autres moments des agressions violentes auxquelles il doit survivre, même s'il en réchappe avec des mutilations ; du moment que c'est l'enfant lui-même et non un tiers qui a modifié l'objet, celui-ci reste toujours investi. Au cours de son développement, l'enfant peut remplacer son objet transitionnel par d'autre ; ou bien il garde toujours le même. Certains enfants y ont recours de manière très ouverte et démonstrative ; pour d'autres l'objet transitionnel restera toujours à l'abri du regard de l'entourage. Toutes ces caractéristiques sont courantes. (Bernard golse, 2006, pp. 86-87)

On peut remarquer que les objets transitionnels sont de nature paradoxale ; ils ne viennent ni du dedans ni du dehors, mais d'un espace quelque part entre l'enfant et sa mère. Ils sont un progrès dans le développement par rapport à l'illusion et à l'hallucination pure car ils sont bien une réalité propre. Ils ne peuvent donc pas être considérés au même titre que la notion Kleinienne d'objet interne. Ils sont d'une part une possession qui suppose une activité motrice ; ils ont par ailleurs une valeur symbolique d'union avec l'objet maternel ; toutes les activités transitionnelles sont en effet sous-tendues par les fantasmes et notamment le *fantasme de réunion avec la mère*. Mais si la mère ou son représentant s'absente pour une période qui dépasse la propre capacité de l'enfant de maintenir vivante sa représentation par le recours à l'objet transitionnel, bientôt celui-ci ne pourra plus jouer sa fonction symbolique de

trait d'union ; il perdra petit à petit sa signification et sera désinvesti. Dans le cas des enfants qui vivent dans une grande insécurité, tourmentés par l'idée de la séparation et de la perte, il arrive que ceux-ci cherchent à la nier au moyen du lien avec un objet transitionnel pathologique ; dans ce cas la séparation d'avec une mère insuffisante ou absente et déniée, mais la mise en place de l'objet est exclue. C'est comme si l'enfant restait au stade de l'identification primaire, dans une relation fusionnelle ou il a tout loisir de se prendre pour sa mère dans son fantasme, ce qui lui permet de retrouver une maîtrise omnipotente de son lien permanent avec elle ; c'est le cas du mérycisme et de la tricotillomanie. On trouve un autre exemple d'une utilisation perversifiée de l'objet transitionnel dans l'article de 1960, *La ficelle [1]*.

Tout ces schèmes s'établissent entre quatre et douze mois et *persistent plus tard dans l'enfance*, en particulier lorsque l'enfant ressent une *angoisse de séparation*, le plus souvent au moment du coucher, lors de séparation effectives ou de difficultés dans un contexte dépressif. Dans ces circonstances le processus régressif amène l'enfant à désinvestir temporairement les objets extérieurs pour effectuer un repli narcissique, et chemin faisant il retrouve l'objet transitionnel délaissé. (Indépendamment de ces phénomènes régressifs, l'objet transitionnel reste vivace même si l'enfant a déjà établi la notion de l'objet).

Le phénomène transitionnel est donc une *tentative faite pour unir et communiquer*. A l'extrême il sert de *déni de la séparation* d'avec la mère. Plus que le représentant symbolique de la mère, il est surtout *l'intermédiaire* insuffisant mais nécessaire vers le repérage du réel. Il est en outre la *première manifestation de l'enfant à créer ou à imaginer l'objet c'est-à-dire à symboliser*. Le coin de couverture ou tout objet transitionnel est le symbole d'un quelconque objet partiel tel que le sein maternel et en fait il symbolise tout le maternage.

(Bernard Golse, 2006, pp. 87-88).

2.3. Selon M. Mahler :

2.3.1. Processus de différenciation : séparation-individuation :

C'est à **Margaret Mahler** que nous devons le concept de séparation-individuation, qui décrit comment l'enfant passe d'un état de fusion (symbiose) à sa mère à un état de distinction et de construction de soi : (Jacky. M, et al. 2010, pp.24-25).

➤ **L'autisme normal :**

Dans les premières semaines de sa vie, l'enfant est dans une indifférenciation totale vis-à-vis du monde extérieur. Il est dans un système clos uniquement centré sur ses sensations interne. Il n'a pas conscience que quelqu'un subvient à ses besoins et il est dans l'incapacité de différencier ses tentatives d'apaisement des tensions internes (pleur, crier, cracher, tousser, éliminer, vomir...) de celle de sa mère. Il est dans l'illusion de satisfaire lui-même ses besoins. On parle alors de narcissisme primaire ;

➤ **La phase symbiotique normale :**

L'enfant va, après quatre semaines environ, passer à une phase de symbiose qui va durer jusqu'au neuvième mois environ. La dépendance de l'enfant à sa mère est toujours totale mais l'enfant intègre cette dernière dans une relation duelle, la symbiose, qui est une véritable fusion somatopsychique. Cette phase symbiotique réalise en fait le passage d'une organisation exclusivement biologique (phase autistique normale) à une organisation psychobiologique dans laquelle les affectes prennent place à côté des perceptions sensorielles. Au début de cette période, l'enfant ne différencie pas le moi de non-moi. Il va progressivement investir cette différence grâce à sa mère et au caractère différé de ses réponses.

➤ **Le processus de séparation-individuation :**

Il commence vers le sixième mois. Ce processus va durer jusqu'aux trois ans de l'enfant, et se caractérise par la prise en compte de monde extérieur. Le début de ce moment coïncide avec l'angoisse du huitième mois et avec le fait que la mère commence à se détacher de son enfant, pour reprendre ses activités sociales et familiales. L'enfant va explorer le monde mais en restant toujours à proximité de sa mère (attachement sécure) puis il va progressivement intégrer l'image de sa mère qui pourra se substituer à sa présence psychique : on parle de permanence de l'objet libidinal. Il supportera de rester de plus en plus longtemps sans sa mère, sa seule représentation suffisant à le rassurer. Cette permanence de l'objet libidinal (qui est en fait un autre sujet humain) émerge en parallèle avec la permanence de l'objet au sens piagétien du terme, c'est-à-dire objet matériel. (Jacky. M, et al. 2010, pp.24-25)

2.4. Selon J. Bowlby :

2.4.1. Attachement :

C'est un concept apporté par John Bowlby. L'attachement serait un besoin primaire inné qui viendrait s'ajouter aux besoins physiologiques classiquement définis. Il se caractérise par tout ce que l'enfant va mettre en œuvre (pleurs, sourires, succion, babillage) pour s'assurer la protection de sa mère jusqu'à ce qu'il soit capable de se débrouiller par lui-même. Ce comportement d'attachement est programmé, il s'organise pendant la première année de vie (entre 6 mois et 1 an) et conditionne par sa qualité la bonne adaptation, plus tard, de l'enfant à son milieu.

La qualité de ce lien d'attachement est évaluable à l'observation de l'enfant lors de l'alternance des absences /présence de sa mère. Sa capacité à explorer l'espace, la manière dont il va la chercher et dont certains indices de sa présence plus en moins lointaine vont le sécuriser sont autant d'éléments signant la qualité Sécure de son attachement. . (Jacky. M, et al. 2010, pp.24-25)

3. Le développement cognitif et intellectuel de l'enfant :

3.1. Le développement cognitif de l'enfant :

3.1.1. La période de l'intelligence sensori-motrice : Elle couvre les deux premières années de la vie de l'enfant, constituant une période préverbale subdivisée en six stades. (Charlotte. M et Vanek. D, p 45)

- **De 0 à 1 mois : L'exercice de réflexe :** Ce stade est celui de la première manifestation de l'intelligence et la source de son développement ultérieur. L'enfant opère une généralisation du réflexe par l'assimilation généralisatrice lui permettant d'exercer son action dans des conditions différentes et sur des objets différents. Par exemple, le réflexe des suctions va ainsi être répété et adapté pour devenir efficace.

Trois processus sous-tendent son changement de statut :

- L'assimilation fonctionnelle, répétition du réflexe afin de le consolider et de le stabiliser ;

- L'assimilation généralisatrice, apparition de modification à travers la généralisation à différents objets ;
- L'assimilation cognitive, discrimination des objets qui sont plus au moins appropriés à la succion.

L'enfant va alors être capable de construire des schèmes d'action, c'est-à-dire des séquences de gestes qui sont transposables, généralisables ou différenciables d'une situation à une autre pour appréhender et connaître le réel. (**Charlotte. M et Vanek. D, p 45-46**)

- **De 1 à 24 mois : Les premières adaptations acquises et la réaction circulaire primaire :** L'enfant est capable d'assimiler des schèmes nouveaux à ceux qu'il est en train de construire. La réaction circulaire primaire constitue un exercice fonctionnel acquis, qui prolonge l'exercice réflexe et a pour effet de fortifier et d'entretenir un ensemble sensori-moteur dont les résultats nouveaux sont poursuivis pour eux-mêmes. Ces résultats ont un effet agréable et intéressant sur le propre corps de l'enfant qui va ainsi chercher à les reproduire.

A la fin de ce stade, on observe une coordination de différents schèmes entre eux : l'audition et la vision, la succion et la préhension, la vision et la préhension.

- **De 4 à 8 ou 9 mois : Les réactions circulaire secondaires :**

On assiste à une généralisation du stade précédent aux objets extérieurs à l'enfant. Il passe alors gestuellement de son corps propre au monde des choses, et, en manipulant des objets et découvrant par hasard de nouveaux résultats qui éveillent son intérêt, il suscite de nouvelles réactions circulaires secondaires. (**Ibid.**)

- **De 9 à 11 ou 12 mois : L'intentionnalité et la coordination des schèmes secondaires :**

C'est l'apparition des premiers actes véritablement intentionnels. Les actions sont orientées vers un but, avec la conscience d'un désir d'agir. A cette étape du développement, les schèmes secondaires se coordonnent entre eux pour s'intégrer dans des unités de comportements plus larges, organisées autour d'un but posé préalablement au déclenchement de l'action.

De surcroît, l'enfant acquiert la capacité d'anticiper des événements liés à son action, par l'intermédiaire d'indices à sa disposition. (**Charlotte et Vanek.D, p 46**)

- **De 11 ou 12 mois à 18 mois : La réaction circulaire tertiaire et la découverte de nouveaux moyens par expérimentation active :**

C'est une période d'intense activité d'exploration de l'ensemble des propriétés des objets. L'enfant va faire varier ses mouvements pour obtenir de nouveaux résultats. Il cherche intentionnellement et découvre, par tâtonnement autour des schèmes d'action qu'il possède déjà, de nouveaux moyens d'action.

- **De 1 à 24 mois : L'invention de nouveaux moyens par combinaison mentale :**

C'est le début de l'exercice de l'intelligence sur un plan symbolique. L'enfant acquiert progressivement une capacité de représentation symbolique dans des domaines variés. Il va intérioriser des schèmes d'action dont la combinaison mentale lui permettra de trouver des solutions plus rapidement. (**Charlotte et Vanek.D, p 46**)

➤ **La notion d'objet :**

Le développement de la notion d'objet est parallèle à celui de l'intelligence sensori-motrice :

- de 0 à 4 mois, aucune conduite particulière n'est observée relativement aux objets disparus ;
- de 4 à 8 mois, l'enfant n'est pas capable de chercher un objet caché, mais il est en mesure de retrouver un objet qui est dans le prolongement direct de son activité ;
- de 8 à 12 mois, l'enfant recherche activement un objet disparu sans tenir compte de la succession des déplacements visibles ;
- de 12 à 18 mois, l'enfant devient capable de tenir compte de la succession des déplacements visibles dans sa recherche d'un objet ;
- de 18 à 24 mois, l'enfant est capable de se représenter les déplacements invisibles des objets. (**Charlotte et Vanek.D, p 47**)

➤ **Les conduites imitatives :**

Le développement des conduites imitatives permet le passage de l'intelligence sensori-motrice à l'intelligence représentative :

- De 1 à 4 mois, imitation sporadique, le modèle ne peut être reproduit que s'il est assimilé aux mouvements que l'enfant vient d'effectuer ;

- De 4 à 8 mois, imitation systématique des sons connus et des mouvements effectués antérieurement de manière visible ;
- De 8 à 12 mois, l'enfant devient capable d'imiter des modèles invisibles (grimaces, clignements d'yeux, etc.) ;
- De 12 à 18 mois, l'enfant est capable de reproduire des modèles entièrement nouveaux et imite de manière plus précise ;
- De 18 à 24 mois, l'imitation va pouvoir être différée dans le temps. Elle est rendue possible par la représentation mentale, la construction de l'image du modèle et son intériorisation. (Charlotte, M. et Vanik, D. pp. 47-48)

3.1.2 La période des opérations concrètes :

Elle s'échelonne de 2 à 11 ou 12 ans et elle est marquée par une plus grande mobilité de la pensée, un plus grand recul par rapport à l'action, et une meilleure socialisation. Elle se subdivise en deux périodes.

➤ De 2 à 6 ans : La période préopératoire :

Elle est essentiellement occupée par l'acquisition de la fonction symbolique, du langage (ou sémiotique) et tout particulièrement, par l'acquisition de langage :

- De 2 à 4 ans : prolifération de la fonction symbolique et des nouvelles capacités de représentation, à travers l'imitation différée, du jeu symbolique, du langage et du dessin ;
- De 4 à 5 ou 6 ans : pensée intuitive globale et représentations fondées sur des configurations statiques et sur l'assimilation à l'action propre. L'enfant n'est pas encore capable de se décentrer ni d'adopter le point de vue de quelqu'un d'autre ;
- De 5 à 7 ou 8 ans : pensée intuitive et représentations articulées par régulation. Les décentrations commencent à s'opérer, ainsi qu'une régulation plus mobile de la représentation qui s'articule entre elles et tendent à se coordonner pour aboutir aux opérations mentales. (Charlotte, M. et Vanik, D. p. 48).

➤ De 7 à 11 ou 12 ans : La période opératoire :

Elle est caractérisée par l'utilisation des opérations réversibles. Piaget décrit trois types de réversibilité : par inversion, compensation et identité. La construction des invariants permet le développement des schèmes de conservation et des structures opératoires.

3.1.3 La période des opérations formelles :

Elle conduit l'enfant à une forme d'intelligence qui sera celle de l'adulte et qui est caractérisée par une pensée abstraite et combinatoire, un raisonnement hypothético-déductif, et une démarche expérimentale. (Charlotte M et Vanik. D, p 48)

3. 2 Le développement intellectuel de l'enfant :

3.2.1 Les différentes étapes de la formation de l'intelligence :

L'intelligence n'apparaît pas achevée du jour au lendemain chez l'enfant, elle se développe selon un ordre de succession constant comme l'a découvert J. Piaget.

3.2.1.1. L'intelligence sensori-motrice :

Il s'agit d'une intelligence sans langage, sans conscience ni représentation qui comme son nom l'indique fait surtout appel à la capacité d'action. Il s'agit d'une intelligence Pratique, c'est dans l'action que l'enfant développe une certaine capacité logique lui permettant d'établir des liens entre les différents objets qu'il peut observer et avec lesquels il peut entrer en contact et jouer. Au cours de cette période l'enfant va progressivement modifier son rapport au monde, comprendre d'une façon plus objective sa situation par rapport à la réalité.

Alors qu'initialement l'enfant ramène tout à lui il va progressivement accéder à une perception moins « égocentrique », prendre conscience de lui-même et ne se percevoir que comme un « objet » parmi d'autres objets (principalement au sujet de la situation de son corps dans l'espace). (J. Piaget, 1966, P16)

3.2.1.2 Les stades de l'intelligence sensori-motrice

- 1^o stade : se situe de la naissance jusqu'à environ 6 semaines et se caractérise par le fonctionnement et l'adaptation à l'environnement extérieur des réflexes archaïques comme celui de la succion.

- 2^o stade : qui s'étend jusqu'à l'âge de 5 mois et qui correspond aux premières adaptations acquises et aux réactions circulaires primaires, c'est-à-dire au maintien ou à la redécouverte par l'enfant d'un résultat nouveau intéressant (par exemple la succion du pouce). (Ibid).

- 3^ostade : qui se situe entre 5 et 8 mois et qui correspond aux adaptations sensori-motrices intentionnelles, après avoir produit par hasard un phénomène l'enfant cherche à le reproduire, par exemple il recommence sans cesse le même bruit avec son hochet.

(Ces trois stades correspondent à une intelligence qui reste collée au corps et qui ne consiste pas en une pensée véritable.)

- 4^o stade : qui se situe du 8 au 14 mois et qui donne lieu à de véritable action de l'enfant sur le milieu, il coordonne les schèmes d'action pour les appliquer à des situations nouvelles il peut prévoir ce qui va se passer.

3.2.1.3 Les débuts de l'intelligence représentative :

Aux alentours de 18 mois ou 2 ans la fonction symbolique apparaît, l'enfant commence à s'exprimer par le langage, le dessin ou le jeu symbolique. Il peut se représenter quelque chose en l'absence même de cette chose `a l'aide d'un signifiant (mot, jouet, dessin), qui est par nature différent de la réalité qu'il représente, ce progrès va rendre possible les développements du langage. **(J. Piaget, 1966, P16).**

Conclusion :

Pour conclure ce chapitre on peut dire qu'il est difficile d'établir une marge claire entre les différentes étapes de développement. Ainsi que les caractéristiques sont individuelles, différent d'un enfant à un autre.



Chapitre 02 :
La maladie.

Préambule :

La maladie est l'un de nombreux événements qui constituent des expériences traumatiques qui peuvent ponctuer la vie d'un enfant. Cette maladie bouleverse l'équilibre physique et psychique de l'enfant, le limitant sur toutes les planes, lui faisant perdre une certaine maîtrise, aussi bien intellectuelle (fuite des idées, difficulté à se concentrer) qu'énergétique. Dans ce chapitre nous allons expliquer le vécu psychologique de l'enfant et les enjeux de cette maladie

1. Quelques définitions :**1.1. La maladie aiguë :**

Une maladie aiguë va présenter, sur un temps qui peut aller de quelques jours à quelques semaines, un début, un déroulement et une fin qui va déboucher sur la guérison ou la mort. (Daniel, C., et Marie, M., 2012, p.93)

1.2. La maladie chronique :

La maladie se définit par rapport à la santé. La santé est un état de bon fonctionnement de l'organisme. La santé, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (W.H.O, 1998), se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » Nous relevons ici la notion de bien-être à plusieurs niveaux, pas seulement physique ou mental.

Une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. ». (Ybert et al., 2001, p. 559)

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë. » (Bérubé, 1991, p. 130)

Les maladies sont répertoriées et classifiées dans le CIM-10, classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, établie par l'OMS.

2. Le malade et sa maladie :

2.1. Le vécu de la maladie :

Selon **Pedinielli** (2005), **Vannotti** et **Gennart** (2006), il y a trois principaux pans de vécu de la maladie : le vécu de corps malade, le vécu psychologique de la maladie, et temporel de la maladie. **Vannotti** et **Gennart** font le lien entre le vécu de la maladie et l'approche phénoménologique de toute chose, qui est l'expérience, la prise de connaissance de l'objet, de phénomènes du monde par le sujet, au moment de leur mise en relation, sans préconçu théorique au sujet de ces phénomènes.

Notre corps, «foyer de notre engagement au monde», nous amène à construire un sens de la réalité, telle qu'elle nous apparaît. C'est à travers son corps que «l'homme agit, ressent, pense et communique», c'est à travers son corps qu'il va faire l'expérience de la santé et de la maladie. Si nous sommes en bonne santé, nous nous appuyant sur notre corps pour vivre« au-delà » de notre corps. En revanche, la maladie produit« une dissociation en nous- même et la partie de notre corps qui nous fait souffrir », crée une difficulté au niveau psychique. Notre présence à soi est modifié, c'est comme si la partie de notre corps qui nous faisait souffrir n'était pas nous « nous-mêmes ». **Vannotti** et **Gennart** parlent ici de la maladie physique, et nous faisons une extension à la maladie psychique, de par la représentation intérieure que nous avons de toute chose.

Pedinielli(2005) souligne que, dans la maladie physique, « l'autonomie de l'organe confronte le sujet à un risque de morcellement avec lequel il doit lutter », et que l'organe incriminé peut opérer dans la représentation du patient un phénomène de clivage entre ce qui est mauvais et ce qui est bon. (**PEDINIELLI, J.L., 2005, p .81-82**).

La maladie ne modifie pas seulement notre présence à nous-mêmes mais aussi notre présence au monde, à ce qui nous entoure : elle réduit notre monde en « rapprochant ses limites à la portée de notre corps ». Le vécu de la maladie affecte l'être dans sa relation à soi, à la sphère familiale, et, plus largement à la sphère sociale (nous retrouverons plus loin cette notion chez **Onnis**).

Straet & Picard (2007) notent d'ailleurs combien, dans leur pratique de médecins généralistes, la prise en compte du vécu du patient par rapport à sa maladie et sa place dans

son monde a été clé pour soigner de façon efficace, plutôt que de se cantonner à une approche détachée. (PEDINIELLI, J.L., 2005, p .81-82).

Kübler-Ross, citée par **Bernard G.**, décrit les phases psychologiques par lesquelles le malade passe, au moment où il sait qu'il est atteint d'un cancer, avant d'accepter la maladie. C'est un cycle similaire au cycle du deuil, décrit également par **Kübler - Ross**. Ce travail psychique peut se retrouver chez tous les personnes atteints de maladie grave, qu'elle soit physique ou psychique :

- Phase de refus ou d'isolement: cette phase doit être respectée, car elle sert « d'amortisseur » à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatal ou gravissime de la maladie
- Phase de colère (irritation): elle est liée à la question « pourquoi moi ? » et peut amener à des projections agressives, pouvant amener la rupture du lien médecin – malade
- Phase de marchandage: il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec Dieu
- Phase de dépression: elle a deux aspects, la dépression réactionnelle due aux pertes [de sa perception à soi et aux autres, voir **Vannotti & Gennart** (2006)] et le « chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin .
- Phase d'acceptation: phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment
- Phase d'espoir: l'espoir est présent dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'aux derniers instants, selon Kübler-Ross.

(PEDINIELLI, J.L.,2005, p .43).

Pedinielli note également que, dans l'approche temporelle de la maladie, le futur est limité au futur immédiat : les malades, surtout ceux présentant un pronostic sévère, Énoncent peu de projets concernant l'avenir. Le futur s'exprime alors sous deux formes : la forme positive évoquant la possibilité d'un retour au passé plus serein, la forme négative Évoquant « la répétition, le retour au même », l'absence de la nouveauté ou de l'inconnu . (Ibid. p.52)

2.2. Le vécu de l'enfant :

La maladie provoque des modifications du fonctionnement psychique de tout individu. « Il est universellement connu et il nous semble aller de soi que celui qui est affligé de douleur organique et de malaise abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance. Une observation plus précise nous

apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. La banalité de ce fait ne doit pas nous empêcher de lui donner une traduction dans les termes de la théorie de la libido. Nous dirions alors : le malade retire ses investissements de libido sur le moi, pour les émettre à nouveau après la guérison. Libido et intérêt du moi ont ici le même destin et sont à nouveau impossible à distinguer l'un de l'autre» (S. Freud, 1920).

La maladie et plus encore la douleur représentent une blessure narcissique. Elles amènent dès lors une position régressive défensive, avec une réactivation d'angoisse de différentes nature , d'autant plus archaïque que la douleur devient trop forte, que les appuis relationnels viennent à marquer et globalement qu'aucune symbolisation n'est plus possible. Les angoisses peuvent être de morcellement, d'annihilation (conflits préœdipien), de castration (en lien avec le conflit œdipien), mais aussi d'abandon. La maladie renvoie toujours l'enfant aux deux couples suivant : faute culpabilité et agression-punition. L'enfant met en place des défenses qu'on peut répartir selon trois registres ; (Philippe duverger, 2011, pp. 65-66).

Le registre de l'opposition : L'enfant rejette la maladie et son cortège de soins par des mécanismes parfois massifs (déli, clivage, identification projective). Les manifestations sont à type de réaction de prestance, de colère, d'agitation, voire d'attitudes de provocation ;

Le registre de la soumission : L'enfant vit la maladie comme une perte (de l'intégrité corporelle, mais aussi de la toute-puissance). Les manifestations sont à type de dépendance passive à l'entourage, voire de dépression ;

Le registre de la sublimation et de la collaboration : L'enfant s'approprie la maladie qui peut être source d'identification positive et être intégrée au grandissement à travers par exemple la prise en charge autonome du traitement. Ce vécu dépend beaucoup chez de son stade de développement psychoaffectif ainsi des positions parentale. Chez l'enfant fragilisé par la maladie, et tout particulièrement chez l'adolescent, un conflit peut naître entre un mouvement régressif de dépendance accrue aux parents et le nécessaire mouvement de maturation qui pousse le jeune à s'autonomiser pour affirmer son identité. Les deux mouvements sont néanmoins nécessaires afin de consolider le narcissisme de l'enfant tout en lui permettant de poursuivre son développement et de réinvestir les relations aux autres. Les modifications du comportement de l'enfant, les émotions qui le submergent, traduisent la façon dont l'enfant tente de vivre avec la maladie, de se l'approprier : des éprouvés avant tout corporels deviennent des éprouvés psychique. Parfois cette transposition est court-circuitée : elle alimente alors certains symptômes physique ou psychique.

(Philippe duverger, 2011, pp. 65-66).

3. Les différents types de maladie :

Les effets de la maladie vont bien sûr différer selon l'âge de l'enfant, son entourage, son rang dans la fratrie, son fonctionnement psychique antérieur et le type de la maladie.

3.1. La maladie aigüe :

Bien que le plus souvent passagère, la maladie aigüe n'est parfois pas sans effet sur le développement physique et psychique de l'enfant ainsi que sur liens intrafamiliaux, voir sociaux. La maladie aigüe peut en effet sidérer les défenses de l'enfant et de sa famille et produire un véritable choc :

- Choc direct, sous la forme d'une souffrance physique ou psychique, notamment du fait de la séparation que la maladie aigüe génère en cas d'hospitalisation ;
- choc indirect, lié à la nature de la maladie (par exemple un traumatisme crânien grave susceptible d'interférer avec le développement psychoaffectif et intellectuelle de l'enfant) et lié à un après- coup souvent transgénérationnel, par la réactualisation d'un événement traumatique passé, qui peut avoir un lien direct avec la maladie(maladie identique ou autre maladie aigüe ou chronique, chez un autre membre de la famille ou de l'environnement) ou être de nature plus éloignée (actualisation d'un secret de la famille, d'un deuil non fait, d'une culpabilité refoulée). Pour **Epebaum** et **Ferrari**, « cet effet dans l'après-coup est sans doute le plus pathogène, et il doit être mis à plat pour que la famille puisse ré envisager la situation de l'enfant malade dans un présent plus objectif». (**Philippe duverger2011, pp. 163-164**).

3.2. Maladie chronique :

La maladie chronique imprime son empreinte sur toute l'histoire de l'enfant puis de l'adolescent et enfin de l'adulte. A l'entrée dans la maladie, la vie bascule et l'enfant doit se créer de nouveaux repères. Le diagnostic de maladie grave (leucémie...) provoque chez lui une intense quête du pourquoi : «Pourquoi moi ?». Sentiment de catastrophe, sidération transitoire, inhibition, accompagnent ce questionnement. Certains enfants s'opposent, d'autres subissent passivement, d'autres enfin s'inscrivent dans des comportements de dépendance... Un temps est nécessaire pour s'adapter à cette expérience nouvelle, pour intégrer la maladie. Au cours du déroulement de la maladie et au fil du temps, les mécanismes de défenses inconscients se développent, et l'enfant tente de retrouver une maîtrise de son corps et un contrôle de la maladie en développant une hyper vigilance ; il paraît faussement hyper mature. (**Ibid. p. 164**)

Parmi les maladies chroniques, nous pouvons distinguer deux modalités particulières :

3.2.1. Les maladies à rechute :

Elles viennent, de la manière répétée, laminer les processus de développement et, telle une épée de Damoclès, empêché de se projeter sereinement sur l'avenir. Chaque arrêt de traitement est source d'angoisse d'une récurrence. Difficile alors de quitter le statut de malade, de s'estimer guéri, quand à tout moment la rechute peut survenir. L'enfant reste dans une situation précaire et instable, et la répétition des rechutes peut venir majorer l'angoisse. Ces rechutes favorisent alors les régressions dans la toute-puissance infantile (déli, dépendance) ou au contraire la dépression, témoignant de la difficulté de l'enfant à dépasser une maladie qui régulièrement fait retour. L'espoir de guérison, longtemps espéré, disparaît, et chaque nouvelle rechute fait violence, toujours un peu plus. Au découragement, à la fatigue et aux douleurs, s'ajoute parfois la dépression. Et les troubles psychiques vont alors venir au-devant de la scène d'une maladie qui, pour autant, n'est pas des plus graves. Il n'y a pas de parallélisme entre la gravité de la maladie somatique et les effets psychiques qu'elle induit ;

3.2.2. Les maladies mortelles :

L'enfant malade, tout au long de sa maladie, est confronté à la mort. Dans le cas de maladies mortelles, l'enfant sait très vite ce qui se passe, même s'il ne comprend pas tout. Il guette dans les regards portés sur lui, dans les dires qui circulent ce qui se joue pour lui. Il fait l'expérience de l'irreprésentable qui le confronte à sa différence, à la peur de se perdre... voire à une véritable perte d'identité. Le temps se fige, monotone, et issue fatale est pressentie. Le silence s'impose et les angoisses sont majeures, tant chez l'enfant que dans son entourage. La question de la mort est particulièrement difficile à affronter, et le soutien du pédopsychiatre ou psychologue de liaison est parfois utile, pour maintenir des interactions et le dialogue, pour que cette angoisse soit moins insupportable. Ainsi, la chronicité entraîne l'enfant dans un long cheminement et un véritable «travail de la maladie ». Il s'agit d'habiter ce nouveau corps, blessé, d'intégrer les défaillances et d'accepter d'être diminué. Ce travail psychique sera fonction de l'histoire de l'enfant, de son âge, de la structuration de sa personnalité et de l'entourage familial. (Philippe duverger, 2011, pp. 163-164).

4. Les enjeux de la maladie de l'enfant :

4.1. Les enjeux pour l'enfant :

La maladie survient chez un sujet en développement psychomoteur, sensoriel et affectif. Et quand elle survient à des étapes charnières de la maturation (période néonatale, acquisition de la marche, début de la scolarité, adolescence...), elle entrave les mécanismes adaptatifs de l'enfant. Il est donc fondamental de connaître les enjeux des différentes étapes de développement normal de l'enfant et de repérer, en fonction de son âge, les éventuelles entraves et dysfonctionnement. Autrement dit, il ne s'agit pas de se limiter à décrire l'histoire de la maladie (pédiatrique) mais le vécu de l'enfant (psychologique). Cette histoire de l'enfant est un autre lecteur de ce qui se passe, complémentaire et psycho dynamique. Il n'existe de profil de personnalité propre à un type de maladie ni de réaction spécifiques ou systématisées, mais des troubles qui se retrouvent à des degrés divers chez tout enfant atteint d'une pathologie chronique.

4.1.1. Surexposition :

La maladie surexpose l'enfant au regard et à l'intervention d'autrui. Cette surexposition, lorsqu'elle est prolongée et insistante, n'est pas sans effet sur le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent, qui va devoir conduire son travail de séparation et d'individuation dans des conditions telles que la dimension d'emprise de la maladie, de soin, mais aussi du regard de l'autre, prend parfois le caractère tout à fait préoccupant. A cette surexposition (médicale) s'ajoute parfois un vécu de dépossession (psychique) du corps. Il importe alors de permettre à l'enfant de retrouver et de recouvrir son corps ; d'habiter un nouveau corps, malade et donc d'en dire quelque chose, de ne pas rester passif et soumis au regard et aux soins de l'autre. Amener l'enfant à prendre soin de lui. Tout travail psychique est long et difficile. Le pédopsychiatre de liaison peut avoir ici un rôle important à jouer, auprès de l'enfant, des parents et des soignants. **(Philippe duverger, 2011, pp. 164-166).**

4.1.2. Angoisses :

La maladie, chronique ou non, est source d'angoisses chez l'enfant, quel que soit son âge. Schématiquement, on peut décliner quatre grands types d'angoisse, qui renvoient chacun à des problématiques et des fonctionnements psychiques spécifiques :

- **Angoisses de séparation** : voir d'abondant chez les plus jeunes. Il s'agit d'angoisse de séparation brutale entre un Moi idéal à vocation initialement réparatrice (du fait de la richesse de la vie fantasmatique chez l'enfant sain) et ce même Moi idéal attaqué par le réel, celui de la maladie psychique, susceptible d'inhiber l'activité fantasmatique en question chez l'enfant (capacité de jouer, rêver...). Séparation psychique aussi (hospitalisation répétés, longue convalescences...) d'avec son environnement habituel (école, amis, famille, loisirs...) qui prive l'enfant des figures identificatoires nécessaires à sa construction,
- **Angoisses de mort** : chez les plus âgés. A partir de 9 à 10 ans, l'enfant peut exprimer des angoisses de mort avec une représentation de la mort comme processus irréversible et irrévocable ;
- **Angoisses de morcellement** : avec un vécu corporel particulier qui peut témoigner d'un fonctionnement psychotique préoccupant, mais peut passer inaperçu si on ne le recherche pas ;
- **Angoisses de castration** : plus classique et qui rappelle les organisations névrotiques classiques avec ses mécanismes de défense bien connus et dont le danger principal en est le risque de fixation pathologique.

Toutes ses angoisses sont sources de mouvements psychiques et de défense inconscients qui favorise la survenue d'état d'excitation, d'inhibition ou de régression et qu'il convient de repérer avant qu'ils ne s'installent durablement et n'entravent les capacités d'épanouissement de l'enfant. (PEDINIELLI, J.L., 2005, p .81-82)

4.1.3. Culpabilité :

Il s'agit très souvent d'une culpabilité en lien avec le sentiment de faire de la peine à ses parents, et ce d'autant plus que cette peine à est évidemment souvent difficile à contenir pour ceux-ci. Se sentiment de culpabilité renvoie en particulier au fonctionnement psychique de l'enfant, en ce que celui-ci ne perçoit et ne conçoit au départ le monde qu'à travers son désir propre (pensée magique). L'on peut traduire ce qu'il éprouve alors par : «Si le monde va mal autour de moi, c'est que j'en suis responsable. » Il faut souligner le caractère défensif de la culpabilité, dans la mesure où, en désignant un coupable, en l'occurrence soi-même, le sujet d'une part protège celui dont ses propres assises narcissiques dépendent (les parents qui protègent l'enfant, l'enfant qui protège ses parents...), et d'autre part jette les premiers ponts entre la survenue d'une réalité au départ non élaborable et le début d'un sens à conférer à cette

dernière. La quête de sens (toujours possible), qui est une invention du sujet, l'emporte ainsi souvent sur la demande de réponse (souvent déçue) qui, elle, se trouve suspendue au discours de la science et dont il convient de pouvoir s'écarter afin d'advenir.

(PEDINIELLI, J.L., 2005, p .81-82).

4.1.4. Colères et révoltes silencieuses :

L'expérience de la maladie renvoie l'enfant à des mouvements psychoaffectifs divers, mais généralement les blessures narcissiques sont douloureuses et souvent associées à des sentiments de grande injustice. L'enfant ressent une colère, voir une rage qui sera cependant difficile à exprimer, tant envers les parents qu'envers l'équipe médicale. En effet, il n'est pas possible pour l'enfant de manifester ouvertement sa colère envers sa mère si attentive et présente. Il y aurait alors un risque (inconscient) de décevoir ceux qu'on aime. De même, il s'avère impossible de calmer sa révolte contre le médecin, celui qui soigne voir qui sauve, au risque (inconscient) de se voir abandonné. L'enfant est alors souvent passif et silencieux... Jusqu'à susciter l'admiration de l'entourage qui verra dans ce comportement calme et raisonnable un courage ou une force de caractère qui n'est autre qu'une inhibition de l'agressivité. Cette présentation peut d'ailleurs donner l'apparence d'une maturité précoce dont tout le monde se réjouit, mais qui peut se révéler délétère à plus long terme. (pedinielli, J.L., 2005, pp .81-82).

4.1.5. Vécu de la solitude :

L'on comprend mieux, dans ces conditions, en quoi la survenue d'une maladie chronique, a fortiori lorsqu'un de gravité s'y ajoute, a pour effet de séparer, d'isoler. Au-delà des sentiments de privation de liberté et de la dépendance qu'induit la maladie, c'est un vécu de solitude qui prime bien souvent et contre lequel il faut lutter. L'angoisse de mort est souvent présente chez les enfants atteints de maladie chronique, même si celle-ci n'est pas porteuse à court terme d'un risque l'étale. Cette angoisse est liée certes à l'idée de sa disparition, de la néantisation, de l'inconnu, de l'au-delà, mais elle est surtout liée chez l'enfant à ce qu'il ressent comme une menace pesant sur son statut narcissique. Ce qui angoisse avant tout l'enfant, c'est moins l'idée de la néantisation que le sentiment d'isolement, de solitude n'est pas proportionnel à la gravité de la maladie ou aux handicaps qu'elle provoque. En effet, un enfant atteint de myopathie pourra par exemple se sentir très entouré, contrairement à un enfant diabétique dont la maladie est invisible mais qui pour autant souffrira de solitude. Ce

sentiment de solitude est aussi retrouvé chez les plus grands, puisque l'adolescent malade chronique se sent seul dans près de 58% des cas. (pedinielli, J.I., 2005, pp .81-82).

4.1.6. La dépression :

Elle est assez rare, et le plus souvent observée dans le cadre de maladies aiguës à récupération secondaire lente (asthénie prolongée, déficit neurologique prolongé, douleur prolongée). C'est à partir des préoccupations de l'environnement médical et/ou familial qu'une demande d'évaluation pédopsychiatrique peut intervenir. Cette évaluation vise à faire la part des choses entre les aspects « purement » réactionnels à la survenue de la maladie et des inhérents davantage à d'éventuels dysfonctionnement familiaux ou à d'éventuels troubles psycho dynamiques et structuraux (liés au fonctionnement psychique habituel de l'enfant). Une consultation simple et unique est le souvent suffisant. Dans les autres cas de figure, un travail plus élaboré, individuel ou familial peut s'avérer utile, et nécessite alors souvent un relais des soins hospitalier vers une consultation spécialisé régulière.

(duverger, 2011, p. 163).

4.2. Les mécanismes d'adaptation :

Face aux angoisses, s'opèrent une réorganisation psychique et une adaptation. Diverses modalités défensives se rencontrent, parmi lesquelles :

- **La projection** : et principalement la projection de l'agressivité, qui permet de placer à l'extérieur de soi le mal-être que l'on ressent. C'est alors l'autre qui est accusé et responsable. Cela se traduit par l'opposition, des cris, la révolte, le rejet voire la violence envers l'entourage, accusé de tout les maux. Revendication agressive et toute-puissance sont souvent au premier plan ;
- **L'agressivité et l'impulsivité retournées contre soi** : avec parfois une composante masochiste patente, lorsque l'enfant se place dans la situation de ne pas être à la hauteur des attentes de l'entourage (parental ou médical) et que, devant la déception, il s'en veut et s'attaque. Un vécu dépressif est souvent associer ; (duverger, 2011, pp. 168-169).
- **La soumission passive** : à l'emprise des événements. Soumission qui peut prendre différentes formes, parmi lesquelles une passivité mais aussi parfois une hyper adaptabilité (aménagement dit en « faux self ») trompeuse, qui risque alors d'égarer le

diagnostic de souffrance psychique, et certains phénomènes de dépendance, qui, en particulier à des âges marqués par la quête de figures auxquelles s'identifier, exposent sans doute davantage le jeune malade chronique au risque de dépendance au monde externe au détriment du développement des capacités d'autonomisation et d'individuation.

- **Le déni** : qui reste au fond une façon de ne pas être malade. « Oublis » ou attitudes de provocation et de prestance accompagnent ce déni. Cette modalité défensive peut être source de complication. La répression émotionnelle accompagne bien souvent le déni ;
- **La régression** : avec une tentative de maîtrises du lien, en particulier au travers de certains phénomènes régressifs, parfois temporaires et nécessaire, mais dont le principal risque est de fixer à terme l'enfant à un stade de développement psychoaffectif qu'il a alors parfois du mal à dépasser. Les replis et les régressions sont soit silencieux, soit tyranniques. Et c'est ainsi que tel enfant malade peut par exemple « se laisser porter », une « trop bonne mère », « un trop bon pédiatre », ou encore un « top bon enseignant » désireux de (trop) bien faire... régression et excès de maternage œuvrent parfois de concert et favorisent à leur tour les fixations régressives ;
- **L'obsessionnalisation** : L'enfant, afin de mieux maîtriser son angoisse et la maladie, peut tenter de maîtriser ses attitudes, son comportement, son traitement... Il adopte alors des comportements rigides, ritualisés, accompagnés de véritables obsession ;
- **L'identification à l'agresseur** : L'enfant s'identifie aux adultes qui l'entourent et le soignent, et n'est plus alors un pur objet de soin, passif ; il est comme les autres et devient sujet, qui à son tour, peut devenir agresseur. Le jeu du docteur en est la meilleure illustration. En effet, la meilleure façon de ne plus avoir peur du docteur, c'est d'en être un ;
- **Certain tentatives de maîtrise du corps** : Au travers de comportement addictif (recours à des « néo-objets » corvéables à merci), mais aussi de comportements à risque dont on a la maîtrise. Il s'agit ici, notamment chez l'adolescent, d'autosabotage du cadre de soin et du cadre de vie, de non-observance des traitements, de certaines déscolarisation, de conduites à risque diverses, notamment sexuelles, il convient de voir dans ces conduites une tentative, plus ou moins mentalisée, de réappropriation du corps et de l'autonomie, mais au détriment – si cela n'est pas retravaillé – de la santé physique, psychique, scolaire et sociale. (duverger, 2011, pp. 168-169).

- **Le clivage entre corps et psyché :** Toute douleur chronique et toute modification sensorimotrice prolongée (en lien avec la maladie ou son traitement) exposent à la sidération de la pensée, et risquent de cliver le corps de la psyché. Une des conséquences possibles en est le désinvestissement actif de certaines fonctions vitales, comme l'illustre par exemple le fait de ne plus s'alimenter, ou au contraire par l'entretien paradoxal d'un phénomène corporel douloureux (attaque du corps, non-observance d'un traitement antalgique). Ce comportement vise à maintenir le clivage entre la tyrannie d'un corps malade d'un côté et une pensée impuissante de l'autre : il s'agit ici de se situer du côté « du plus fort » (le « corps tyran») afin de faire l'économie d'une lutte dont l'issue est perçue par l'enfant comme «perdue d'avance» ;
- **La sublimation :** Sans doute le meilleur mécanisme de défense contre l'angoisse, qui permet à l'enfant de ne se fixer dans des régression pathologiques mais bien plutôt de s'épanouir, de collaborer, de se responsabiliser et de devenir véritablement acteur de ses soins. A l'adolescence, ces mécanismes sont aussi fréquemment rencontrés. S'y ajoutent d'autres modalités de défense contre l'angoisse, tels les passages à l'acte ou l'hyper intellectualisation. L'adolescent peut aussi parfois régresser au point de ne pas traverser les processus adolescent. Ces avanies du développement psychosexuel, induites par la maladie et ses traitements, perturbent à leur tour très souvent l'intégration sociale du jeune et plus généralement toute dynamique groupale (famille, services de pédiatrie, école...) au sein de laquelle il se développe, en modifiant notamment considérablement les places de chacun au sein d'un système dont les repères se trouvent déjà largement remaniés par la maladie et l'organisation des soins qu'elle exige. Ainsi, de nombreuses stratégies d'ajustement (coping) ont été mises en évidence. Ils sont source de réactions, conscientes ou inconscientes, passagères ou durables, et non exclusives les une des autres. Il s'agit cependant de ne rien prédéterminer et de toujours conserver la capacité d'être surpris et de compter sur les ressources de l'enfant. Enfin, ces réactions dépendent bien sûr des réactions parentales. (duverger, 2011,pp. 168-169).

4.3. Enjeux pour la famille :

La chronicité de la maladie entraîne une réorganisation de l'économie psychique familiale, et le vécu de la maladie chez l'enfant doit prendre en compte l'importance du regard et des fantasmes parentaux ainsi que la qualité des investissements affectifs des deux

parents. Avec, derrière, une question : qu'en est-il de l'acceptation de l'enfant tel qu'il est et non tel qu'ils voudraient qu'il soit ?

La conflictualisation parentale est empreinte de sentiments de culpabilité de faute, de sentiments d'injustice, de vécu agressif, voire mortifère, de désir de réparation, d'ambivalence anxieuse (amour/ haine-tendresse/ violence). Une des particularités de la situation de l'enfant malade chronique réside dans la dépendance à la famille, ou dans un contexte inconscient, la relation mère-enfant. La maladie de l'enfant, l'atteinte narcissique qu'elle constitue, les angoisses et les mécanismes qu'elle suscite, placent les parents devant la nécessité d'opérer un ensemble d'élaborations particulièrement douloureuse. Chez eux aussi, apparaissent des théories de la maladie ? Très imprégnées d'angoisse et culpabilité, des modifications de l'investissement de l'enfant, des transformations de la représentation et un investissement de l'organe malade de l'enfant. Cet « imaginaire parentale » peut être autant un contexte accueillant aux conceptions de l'enfant sur sa propre maladie qu'un obstacle à l'activité fantasmatique de l'enfant, représentant alors un danger pour les conceptions parentales.

Les fantasmes parentaux sur leur enfant malade, la manière dont eux-mêmes réagissent à ce que la maladie de l'enfant provoque en eux, l'élaboration qu'ils tentent de produire de la maladie et de la souffrance de l'enfant, leur réaction à cette atteinte narcissique, peuvent parfois induire chez l'enfant des limitations de la fonction imaginaire et de la possibilité qu'il a d'élaborer sa maladie. Le poids de l'organisation imaginaire de la famille, bien que reposant sur les fantasmes parentaux, apparaît comme un phénomène complexe dans la mesure où c'est la place de l'enfant dans le mythe familial qui est en cause. Il ne s'agit plus de l'enfant et de sa maladie mais de la place qu'occupe la maladie dans un imaginaire familial contraignant. La maladie devient l'élément par lequel l'enfant va prendre une autre place que la sienne et dans laquelle son identité est aliénée. Cela peut entraver le « le travail de la maladie » de l'enfant. En effet, ce travail à opérer sur sa maladie rencontre alors quelques difficultés puisque la relation à l'atteinte somatique est toujours médiatisée par autre chose à quoi l'enfant n'a pas accès. Elaborer la maladie serait aussi élaborer cette place que lui confère le mythe familial, radicalement opaque pour l'enfant. (duverger2011, pp. 169-170).

4.3.1. Angoisses parentales :

Celle-ci ne sont pas tant liée à la maladie en elle-même qu'à la problématique de séparation qu'elle génère : angoisses de séparation entre l'enfant sain (narcissiquement blessant et blessé) ; séparation entre « l'enfant de la mère » et « celui du père » par la

reconvocation de l'histoire personnelle de chacun des deux parents, mère et père devant en effet conduire, en partie l'un sans l'autre, un travail souvent douloureux de réaménagement de certains projections de leur propre narcissisme sur l'enfant ; enfin, angoisses de perte de l'enfant quelle que soit la maladie chronique.

4.3.2. Culpabilité :

Elle est inévitable dans la mesure où, constitutive de la structure même du développement humain, elle se trouve convoquée lors de toute perte, de tout travail de deuil, de toute mutation majeure. La culpabilité renvoie chacun à ses propres culpabilités antérieures, souvent massivement reconvoquée à l'occasion de la maladie de l'enfant, dans la mesure où c'est le narcissisme qui trouve attaqué. Cela se traduit par ces questions lancinantes : « qu'ai-je donc bien pu faire pour vivre cela ? » ou encore « pourquoi à moi ? ». Cette culpabilité se trouve parfois, de manière très défensive, projetée sur l'environnement extérieur, notamment médical, convoquant là les soignants dans leurs capacités contenantes.

4.3.3. Entre surprotection et déni :

Les réactions parentales peuvent se traduire par deux types (extrêmes) de comportement

- **La surprotection et le surinvestissement :** La maladie devient la clé de voûte de l'édifice familial. L'agressivité et la culpabilité sont puissamment déniées et retournées en surprotection. Pour les parents, cela se traduit par le renforcement des liens de dépendance (liens fusionnels), l'impossibilité de faire le travail de deuil de l'enfant idéal, l'incapacité à accepter une redistribution des rôles, le court-circuitage des conflits développe mentaux, conscients et inconscients, l'impossibilité de désengagement des liens œdipiens. Au maximum, la mère devient une infirmière tout en oubliant d'être une mère ;
- **La déni :** où ce sont l'ignorance, la fuite et le refus qui témoignent du non-acceptation de la maladie. Pour les parents, cela se révèle par la non-reconnaissance, voire le désinvestissement psychoaffectif (rejet), la majoration des conflits et de l'agressivité, la souffrance de failles narcissiques, la dépression avec sentiments de lâchage les renvois de culpabilité (avec la confusion entre incompetence) et au maximum, le conflit dans le couple, voire le divorce. **(Duverger. 2011, pp. 170)**

Ces réactions ont bien sûr des conséquences pour l'avenir psychologique de l'enfant. A défaut de trouver une distance (suffisamment bonnes), les relations entre l'enfant malade et

son entourage risquent de favoriser les difficultés : tricheries, sabotage et non-observance ; auto-et hétéro-agressivité, impulsivité voire passages à l'acte répétés, dépression, conflits et rejets, inhibition et passivité, solitude et entrave à l'épanouissement psychoaffectif. Parfois, l'hôpital devient alors le seul refuge pour l'enfant ; le seul lieu vivable et rassurant. Cette situation est alors hautement révélatrice de graves dysfonctionnements au sein de la famille : un enfant qui préfère rester hospitalisé est un signal d'alarme de ses difficultés psychologiques et des troubles relationnels avec son entourage. **(Duverger.2011, pp. 170)**

4.4. Enjeux pour la fratrie

La culpabilité émane en particulier de la rivalité et des fantasmes agressifs inconscient, par ailleurs tout à fait normaux, d'un frère ou d'une sœur, mais qui se voient ici d'une certaine manière « réalisés » à travers la maladie, et qui génèrent parfois le sentiment plus ou moins clairement avoué que « c'est de sa faute ». Une attention particulière doit donc être portée face à des situations difficiles avec sentiments de perte, réactions d'inhibition liés aux sentiments de culpabilité (rivalité fraternelle), moments de dépression, somatisation multiples... et parfois une implication directe (greffe de moelle osseuse...). Il est alors important de reprendre cette question, qui nécessite parfois une approche psychothérapique, souvent brève. **(Ibid).**

Conclusion :

D'après les études exposées dans ce chapitre on peut conclure que le vécu de l'enfant malade passe par la représentation des modifications et des changements que connaît son corps. C'est ce qui lui permet de garder un espace ou pouvoir dire « moi, je ».

v

Chapitre 03 :
L'imaginaire et la
symbolisation.

Préambule :

La notion d'imaginaire demeure difficile à définir car englobant des acceptions parfois contradictoires. « L'imaginaire est un mot d'usage et de destination incertains : placé à mi-chemin du concept et de la sensation, il désigne moins une fonction de l'esprit qu'un espace d'échange et de virtualité. »

Dans la terminologie psychanalyste, l'imaginaire désigne « le registre des images, de la projection, des identifications et, en quelque sorte, de l'illusion ».

1. Quelques définitions :

1.1. L'imaginaire: catégorie du fonctionnement psychique selon **J. Lacan**, nouée aux deux autres catégories du fonctionnement psychique, le réel et le symbolique. (**H. Bloch, E. Dépret et al, 2002, P. 606**)

1.2. Le symbolisme: la fonction symbolique et la capacité de représentation vont se développer. L'activité symbolique est la capacité d'évoquer des objets absents physiquement. (**Carole siebert et katy le Neures, (2010), P.35**)

1.3. Réel : ce que l'intervention du symbolique pour un sujet expulse de la réalité. Selon **Jack Lacan**, le réel ne se définit que par rapport au symbolique et à l'imaginaire. Le symbolique l'a expulsé de la réalité, il n'est pas cette réalité ordonnée par le symbolique, appelée par la philosophie « représentation du monde extérieur », mais il devient dans la réalité à une place où le sujet ne le rencontre pas sinon sous la forme d'une rencontre qui réveille le sujet de son état ordinaire. Définit comme l'impossibilité, il est ce qui ne peut être complètement symbolisé dans la parole ou l'écriture et, par conséquent, ne cesse pas de ne pas s'écrire. (**Henriette et al, 2010, p.781**)

2. Aperçu historique de l'imaginaire :

Dans l'Antiquité, Platon, qui cherche la vérité, considère l'imagination comme un mode de pensée mineur, une pâle imitation du réel, alors que la raison peut, elle, conduire à la vérité. Aristote considère l'imagination comme une médiation vers la connaissance parce que l'image emmagasinée dans la mémoire, qui se substitue à l'objet, favorise la généralisation grâce au regroupement de plusieurs cas individuels. (<http://www.jdheraudet.com>)

Au Moyen Âge, saint Thomas d'Aquin parle de l'imagination comme d'un intermédiaire entre le corps et l'esprit, qui transforme les perceptions en images, ce qui peut entraîner une dangereuse confusion entre les images et le réel.

À la Renaissance, la science prenant beaucoup d'expansion, l'imagination est remise en cause. Descartes (1596-1650) dira : « Je serais le même sans imagination ». Pour Pascal (1623-1662), « l'imagination, c'est cette partie décevante dans l'homme, cette maîtresse d'erreur et de fausseté » ; c'est donc dire que l'imagination n'a pas bonne presse chez les grands penseurs, depuis l'Antiquité jusqu'au XVII^e siècle, exception faite d'Aristote.

Au XVIII^e siècle, l'imagination reprend une place importante, elle devient lieu de création et de compréhension du monde ; elle représente la capacité de combiner des images d'une façon nouvelle. Kant (1724-1804) identifie l'imagination comme la capacité de faire la synthèse de nos expériences que la raison traduira en concepts.

A la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle, le courant romantique donne aux émotions et à l'imagination préséance sur la raison. Les adeptes du mouvement romantique mettent de l'avant deux niveaux d'imagination : l'inconscient, qui permet l'accumulation d'expériences, et le conscient, qui permet d'agencer les éléments pour former du nouveau.

Au XX^e siècle, de nombreux auteurs se sont penchés sur la question de l'imagination, définie par Lalande (1991), d'une part, comme la « faculté de former des images », autrement dit, « imagination reproductrice ou mémoire imaginative ». L'imagination présente deux modes de fonctionnement, soit elle reproduit le réel en formant des images, soit elle associe des images pour créer quelque chose jusque-là inconnu. (<http://www.jdheraudet.com>)

3. L'imaginaire : plaisir, désir, fantasmes et « mises en scène » :

Dans l'élaboration que fait Jacques Lacan des différents « ordres », ou « registres » que sont, selon lui, le réel, le symbolique et l'imaginaire,

- si le réel est ce qui est strictement impensable, non symbolisable,
- l'imaginaire fait référence au corps et à l'image, dont le prototype est l'image de corps élaborée au moment du « stade » de même nom.
- L'imaginaire est le lieu des fantasmes, des « mises en scène ». Roger CAVAILLES propose une typologie de ces images : (<http://www.jdheraudet.com>)

- Ce sont celles de « la vitrine d'exposition de la science », lieu « des théories et des résultats présentés d'une façon rigoureuse » et logique;
- « L'atelier de construction de modèles » est le champ de l'imagination créatrice. « Des images qu'on pense » ou « images mentales », accompagnent la pensée et la guident
- sous « l'atelier », nous devons admettre l'existence d'une « cave », un « inconscient Épistémologique », lieu des images inconscientes, « de ces images que nous ne pensons pas mais qui nous font penser » ;
- Une quatrième catégorie d'images constitue un obstacle, une source de blocages et de stérilisation de l'imaginaire. (<http://www.jdheraudet.com>)

4. Que permet le registre imaginaire?

4.1. Pouvoir éprouver du désir et du plaisir à découvrir une énigme :

Un enfant de trois ou quatre ans « s'intéresse aux questions concernant les hommes, les animaux, le cycle de la vie... ». Si la connaissance est essentiellement un effort pour répondre à des questions que l'on se pose, pour résoudre des contradictions, si le savoir prend sens pour l'apprenant à partir du moment où il cherche, invente, crée, dans une exploration qui se traduit Par une action et une transformation sur les choses et le monde, la curiosité est un des «Moteurs » du désir de savoir.

4.2. L'importance et le plaisir de la fiction :

Le document qui définit « Les cycles à l'école primaire », souligne l'importance de l'intervention du registre imaginaire dans le cadre des activités scolaires : « ...il imagine et crée des histoires, des situations, des jeux, des objets; il peut se situer délibérément dans le réel et l'imaginaire... » René DIATKINE considère que la possibilité pour un enfant de pouvoir faire appel au registre imaginaire est la condition première de la possibilité même d'apprendre et de s'inscrire dans la collectivité.

L'activité représentative, au sens large, met en rapport:

- les modes de représentations privées, secrètes, qui peuplent la vie imaginaire et fantasmatique, ressortant du fonctionnement imaginaire
- et les représentations sémiotisées, codifiées, partageables, ressortant du fonctionnement symbolique.

Les capacités d'apprendre sont liées à la fois avec le fait :

- de s'être constitué une image corporelle suffisamment unifiée, stabilisée, entité imaginaire, certes, aliénante sans doute, puisque issue du stade du miroir, mais nécessaire,

- de pouvoir accéder au monde symbolique régi par des règles, monde de la non-confusion, de l'altérité, de la différenciation. (<http://www.jdheraudet.com>)

5. L'imaginaire est le registre du sens, grâce à l'intervention du symbolique :

Ce que Jacques LACAN a schématisé sous la forme d'un « noeud borroméen », est le nouage indissociable des registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire. Ce « nœud » ne se soutient que de l'articulation souple entre les trois registres, et par le passage possible de l'un à l'autre. L'imaginaire y tient une place déterminante, comme ce qui lie réel et symbolique.

L'activité représentative, au sens large, met en rapport :

- les modes de représentations privées, secrètes, qui peuplent la vie imaginaire et fantasmatique, ressortant du fonctionnement imaginaire
- et les représentations sémiotisées, codifiées, partageables, ressortant du fonctionnement symbolique.

L'idéal est un équilibre entre les deux modes de fonctionnement, avec passage souple de l'un à l'autre. Cette souplesse et cet équilibre, ne sont pas sans rappeler les conditions nécessaires pour qu'il y ait « santé mentale ». Si la souplesse de fonctionnement est requise entre réel, imaginaire et symbolique, elle s'articule avec la « plasticité » des registres psychiques inconscient, préconscient et conscient. (<http://www.jdheraudet.com>)

6. L'imaginaire, registre de la créativité Des besoins fondamentaux du sujet :

Tout enfant, comme tout sujet, a besoin :

- d'expression,
- de communication,
- d'action,
- de production,
- de création (ou de « réalisation », MASLOW).

L'enfant a « besoin de se sentir producteur de réalisations concrètes ».

Selon WINNICOTT, la créativité au sens large correspond à un certain mode de rapport actif à la réalité, opposée à une relation de soumission à cette même réalité externe ou interne. *Pouvoir puiser dans le registre imaginaire est la condition de base de la création.* C'est aussi pouvoir y accéder sans danger. Etre créatif, c'est aussi pouvoir transformer, sublimer l'énergie psychique des pulsions. (<http://www.jdheraudet.com>)

7. Les pièges de l'imaginaire :

Apprendre, c'est chercher à échapper à l'angoisse possible née du manque, de l'écart, du vide; c'est aussi accepter « d'ouvrir » quelque chose du psychisme à l'inconnu, l'inattendu. Toute ouverture est prise de risque mais elle permet l'existence d'un lieu, d'une faille dans l'organisation psychique « où se localise l'endroit où ça questionne : la brèche ouverte par le désir, brèche ouverte dans les deux sens : à la fois comme lieu par lequel passent les pulsions épistémophiliques, sources du savoir et de la connaissance, source de maturation et de progrès, mais aussi lieu par lequel se fait le retour régressif qui peut amener à des organisations psychiques archaïques si n'est pas assuré, quelque part, un endroit préservant l'unité de la personne, unité remise en cause par le désir d'aller plus loin. »

(<http://www.jdheraudet.com>)

➤ Confusion entre fantasme et réalité...

Certains enfants ne peuvent pas faire, à des degrés divers, la distinction entre fantasme et réalité. Cette confusion peut constituer une indication de soin, lorsque la confusion est permanente, mais elle peut être aussi une difficulté passagère, transitoire, et tout à fait banale. Penser quelque chose peut signifier pour l'enfant que la réalisation de sa pensée est inévitable. Il vaut donc mieux ne pas penser. Pour s'en défendre, l'enfant reste « collé à la réalité », à l'expérience, aux faits, et de ce fait se prive de toute créativité. Cette croyance dans la réalisation de la pensée est banale, et appartient à ce qui est nommé « *la pensée magique* » du jeune enfant, jusqu'à ce qu'il ait pu faire l'épreuve du principe de réalité.

➤ L'inhibition : « une panne » de l'imaginaire :

Selon Jacques LACAN, l'inhibition serait « une panne », un arrêt du fonctionnement imaginaire. Il est des savoirs interdits. Questions œdipiennes, secret des parents qu'il est interdit de pénétrer, de dérober, mais dont l'éventuelle découverte fait peur, désir de savoir et angoisse de découvrir, comme l'évoque si bien le conte de Barbe-Bleue.

C'est le cas de tous les non-dits familiaux qui parfois vont jusqu'à se transmettre de génération en génération, et que pourtant l'enfant « n'est pas sans savoir » ou du moins sans en pressentir quelque chose, serait-ce inconsciemment. L'enfant a peur de perdre une sécurité même précaire, en perçant des secrets qui ne lui sont pas destinés.

➤ Mobilisation de l'énergie psychique...

Que ce soit l'envahissement du psychisme par l'imaginaire, par les fantasmes et l'énergie déployée à lutter contre cette submersion, que ce soient les efforts considérables fournis pour

empêcher la survenue indésirable d'affects, d'angoisses, avec leur cortège de manifestations psychomotrices et le mal-être qui y est lié, l'énergie du sujet se trouve mobilisée.

Si l'imaginaire est le lieu possible des repères identificatoires et des enfermements narcissiques, il est aussi le lieu des ressources créatives, pour l'enfant dans son processus d'*auto-réparation* » des blessures et des délaissons, lieu de ressourcement pour l'enfant en échec qui y trouve la force de continuer à désirer... (<http://www.jdheraudet.com>)

8. L'imaginaire, instance de recours :

Grâce à ses productions imaginaires, l'enfant peut se libérer des préoccupations insistantes concernant la naissance, la vie, la mort, lorsqu'il a pu apporter ses propres réponses en élaborant :

- d'une part, ses théories sexuelles infantiles personnelles d'une manière qui le satisfasse, jusqu'au prochain grand remaniement que sera celui de la puberté;
- et d'autre part, son « mythe individuel » qui est reconstruction de sa propre histoire en lui donnant un sens, son sens. (<http://www.jdheraudet.com>)

9. Articulation réel, symbolique, imaginaire et apprentissages :

La relation entre monde interne et monde externe est à l'œuvre dans les processus de symbolisation, comme dans toute démarche d'apprentissage. Le manque est une condition d'émergence du symbole (comme substitution à l'objet manquant), comme la condition d'émergence du désir. On a pu dire que la difficulté à entrer dans les apprentissages est toujours un symptôme exprimant une difficulté de relation, une difficulté à faire des liens : liaison au savoir, liaison aux autres, mais aussi liaison à soi-même. C'est aussi une difficulté à faire des liens entre les différents registres psychiques. (<http://www.jdheraudet.com>)

10. Le monde imaginaire de l'enfant :

L'adulte appelle « le monde de merveilleux » le monde imaginaire de l'enfant. Ce monde l'aide à épanouir sa personnalité, à trouver son équilibre et favorise sa socialisation.

Cependant, le monde imaginaire n'est pas toujours rose. L'imagination de l'enfant le peuple par fois de personnages cauchemardesques (ogres) qui lui créent des peurs tenace...

La vie dans le monde imaginaire est une étape normale dans le développement de l'enfant. (Piaget I. et Inhelder B. 1966, p36)

10.1. Caractéristique de l'imagination :

Par le moyen de son imagination:

- l'enfant transforme la réalité en fonction de son désir (exemple: il devient le personnage de ses rêves, Zorro) ;

- l'enfant donne vie aux objets inanimés (c'est l'animisme). exemple : il bat avec l'armoire ou il vient de se cogner et lui dis (t'es méchant !);

- l'enfant fait des transferts d'identité (il devient parfois animal).

(Piaget I. et Intelder B. 1966, p36)

10.2. Importance du monde imaginaire :

- **Le monde imaginaire et l'enfant :**

L'enfant se protégé dans un monde imaginaire qui échappe aux règles de l'adulte .il adoucit ses contact avec la réalité.

- **Le monde imaginaire et la créativité :**

Les auxiliaires de puériculture peuvent aider l'enfant à développer son imagination, ses connaissances et son langage en jouant avec lui :

Situation :

- « où allons-nous avec ce train? » (Il répond « en pique-nique »);

- « qu'allons-nous emporter pour manger ? » « Du pain....des gâteaux »...;

- « si nous emportions du bois ?et des feuilles ? »

Au cours de ce pique-nique totalement imaginaire, l'enfant« mime » avec beaucoup de plaisir le cérémonial du repas. Un vrai pique-nique n'aurait jamais apporté de telles satisfactions !

- **Le monde imaginaire et la personnalité :**

Au travers du jeu, l'enfant se sent tout puissant, il n'est plus le petit être faible, dans un monde qui n'est pas a son échelle. Il aime se faire peur et pouvoir de lui-même surmonter les obstacles.

- **Le monde imaginaire et la socialisation :**

Dans ses jeux, l'enfant choisit souvent un compagnon imaginaire répond à un besoin intérieur de l'enfant : besoin de quelqu'un à surpasser, à respecter, à servir, à commander, avec qui agir, parler. Gesell voit dans les rapports de l'enfant avec un être imaginaire «l'apprentissage des relations humaines et de la vie sociale». (Piaget I. et Intelder B. 1966, p37)

10.3. Évolution de l'imaginaire selon l'âge :

- Vers 3 ans : « c'est le jeu symbolique».il peut se jouer en solitaire avec ou sans support.

Le monde imaginaire se confond avec le monde réel .l'enfant fabule et croit à ce qu'il raconte.

- Vers 5-6 ans : les jeux symboliques devient un « jeu de rôles » ; l'enfant s'identifie aux personnages intéressants et il faut aussi que chacun joue bien le rôle qui lui est attribué sinon les disputes éclatent.

Vers 7-10ans : les jeux de rôles se développent. Le réel se différencie nettement de l'imaginaire mais la fiction occupe encore une grande place dans le monde enfantin. Cependant l'imaginaire se déploie sur fond de réalité. **(Piaget I. et Intelder B. 1966, p37)**

11. la fonction sémiotique ou symbolique :

Au terme de la période sensori-motrice, vers 1 ½ à 2ans apparait une fonction fondamentale pour l'évolution des conduites ultérieures et qui consiste à pouvoir représenter quelque chose («un signifie» quelconque : objet, événement, schème conceptuelle, etc.) au moyen d'un « signifiant » différencié et ne servant qu'à cette représentation : langage, image mentale, geste symbolique, etc. A la suite de Head et des spécialistes de l'aphasie, on appelle en général « symbolique » cette fonction génératrice de la représentation, mais comme les linguistes distinguent soigneusement les « symboles » et les « signes », il vaut mieux utiliser avec eux le terme de « fonction sémiotique » pour désigner les fonctionnements portant sur l'ensemble des signifiants différenciés .

11.1. La fonction sémiotique et l'imitation :

Les mécanismes sensori-moteurs ignorent la représentation et l'on n'observe pas avant le cours de la seconde année de conduite impliquant l'évocation d'un objet absent. Lorsque se constitue vers 9-12mois le schème de l'objet permanent, il y a bien recherche d'un objet disparu : mais il vient d'être perçu, il correspond donc à une action déjà en cours un ensemble d'indices actuels permettent de la retrouver.

S'il n'y a pas encore de représentation il y a néanmoins, et même dès le départ, constitution et utilisation de significations, car toute assimilation sensori-motrice (y compris perceptive) Consiste déjà à conférer des significations. Mais, s'il y a d'emblée signification, donc dualité entre des« signifiés» (les schèmes eux-mêmes avec leurs contenus relatifs aux actions en cours) et des « signifiants», ceux-ci sont toujours perceptifs, et donc encore indifférenciés de leurs signifiés, ce qui exclut de parler à ce niveau de fonction sémiotique.

(Piaget I. et Intelder B. 1966, p38)

- **L'apparition de la fonction sémiotique :**

Au cours de la seconde année apparait au contraire un ensemble de conduite qui implique l'évocation représentative d'un objet ou d'un événement absent et qui suppose par conséquent la construction ou l'emploi de signifiants différenciés, puisqu'ils doivent pouvoir se rapporter

a des éléments non actuellement perceptibles aussi bien qu'à ceux qui sont présents. On peut distinguer au moins cinq de ces conduites, d'apparition à peu près simultanée, et que nous allons énumérer dans l'ordre de complexité croissante :

- il y a d'abord l'imitation différée. Dans une conduite d'imitation sensori-motrice l'enfant commence par imiter en présence du modèle, après quoi il peut continuer en l'absence de ce modèle sans que cela n'implique aucune représentation en pensée.
- il y a ensuite le jeu symbolique ou jeu de fiction, inconnu au niveau sensori-moteur. En tous ces cas la représentation est nette et le signifiant différencié est à nouveau un geste imitateur, mais accompagné d'objets devenant symboliques.
- Le dessin ou image graphique est, à ses débuts intermédiaire entre le jeu est image mentale, bien que n'apparaissant guère avant 2 ans ou 2 ans ½.
- Vient ensuite tôt au tard l'image mentale, dont on observe aucune trace au niveau sensori-moteur et qui apparaît comme une imitation intériorisée.

Enfin le langage naissant permet l'évocation verbale d'événement inactuel.

(Piaget I. et Inhelder B. 1966, pp38-39)

- **Rôle de l'imitation :**

Telles, étant les premières manifestations de la fonction sémiotique, le problème est d'abord de comprendre le mécanisme de sa formation. Mais la solution de ce problème est bien simplifiée du fait que les quatre premières de ces cinq formes de conduites reposent sur l'imitation et que le langage lui-même qui, contrairement aux conduites précédentes, n'est pas inventé par l'enfant s'acquiert en un contexte nécessaire d'imitation. Or l'imitation constitue tout à la fois la préfiguration sensori-motrice de la représentation et par conséquent le terme de passage entre le niveau sensori-moteur et celui des conduites proprement représentatives.

L'imitation est d'abord une préfiguration de la représentation, c'est-à-dire qu'elle constitue au cours de la période sensori-motrice une sorte de représentation en actes matériels et non pas encore en pensée. **(Jean Piaget, Bärbel Inhelder, 1966, p. 56).**

11.2. Le jeu symbolique :

Le jeu symbolique marque sans doute l'apogée du jeu enfantin. Plus encore que les deux ou trois autres formes de jeu, dont il va être aussi question, il correspond à la fonction essentielle que le jeu remplit dans la vie de l'enfant. Obligé de s'adapter sans cesse à un monde social d'adultes, dont les intérêts et les règles lui restent extérieurs, et à un monde physique qu'il comprend encore mal, l'enfant ne parvient pas comme nous à satisfaire les besoins affectifs et même intellectuels de son moi dans ces adaptations, qui, pour les adultes,

sont plus ou moins complètes, mais qui demeurent pour lui d'autant plus inachevées qu'il est plus jeune. Il est donc indispensable à son équilibre affectif et intellectuel qu'il puisse disposer d'un secteur d'activité dont la motivation ne soit pas l'adaptation au réel mais au contraire l'assimilation du réel au moi, sans contraintes ni sanctions : tel est le jeu, qui transforme le réel par assimilation plus ou moins pure aux besoins du moi, tandis que l'imitation (lorsqu'elle constitue une fin en soi) est accommodation plus ou moins pure aux modèles extérieurs et que l'intelligence est équilibrée entre l'assimilation et l'accommodation. **(Jean Piaget, Bärbel Inhelder, 1966, p. 58).**

11.3. Le dessin :

Le dessin est une forme de la fonction sémiotique qui s'inscrit à mi-chemin entre le jeu symbolique, dont il présente le même plaisir fonctionnel et le même autotélisme, et l'image mentale avec laquelle il partage l'effort d'imitation du réel. En fait, il constitue tantôt une préparation, tantôt une résultante de celui-ci et entre l'image graphique et l'image intérieure il existe d'innombrables interactions, puisque, toutes deux dérivent directement de l'imitation. **(Jean Piaget, Bärbel Inhelder, 1966, p. 63).**

11.4. Les images mentales :

La psychologie associationniste considérait l'image comme un prolongement de la perception et comme un élément de la pensée, celle-ci ne consiste qu'à associer entre elles sensations et images. Nous avons déjà vu qu'en fait les « associations » sont toujours des assimilations. Quant aux images mentales, il existe au moins deux bonnes raisons pour douter de leur filiation directe à partir de la perception. Du point de vue neurologique, l'évocation intérieure d'un mouvement déclenche les mêmes ondes électriques, corticales (EEG) ou musculaires (EMG) que l'exécution matérielle du mouvement, ce qui revient à dire que son évocation suppose une ébauche de ce mouvement. Du point de vue génétique, si l'image prolongeait sans plus la perception, elle devrait intervenir dès la naissance, tandis qu'on n'en observe aucune manifestation au de la période sensori-motrice et qu'elle semble débiter seulement avec l'apparition de la fonction sémiotique. **(Ibid. P.67)**

11.4.1. Les problèmes de l'image :

Il semble ainsi que les images mentales soient d'apparition relativement tardive et qu'elles résultent d'une imitation intériorisée, leur analogie avec la perception ne témoignant pas d'une filiation directe, mais de fait que cette imitation cherche à fournir une copie active des tableaux perceptifs, avec éventuellement des ébauches de réafférences sensorielles.

Quant au problème des relations entre l'image et la pensée, tant Binet que les psychologues allemands de l'école de Wurzburg (de Marbe et Kùlpe à Bùhter) ont montré l'existence de ce qu'ils appelaient une pensée sans image : on peut imaginer un objet, mais le jugement qui affirme ou qui nie son existence n'est pas lui-même imagé.

Le problème que soulève l'image en psychologie de l'enfant est alors de suivre au cours du développement les relations entre le symbolisme imagé et les mécanismes préopérateurs ou opératoires de la pensée. (Jean Piaget, BârbelInhelder, 1966, p. 68).

11.4.2. Deux types d'images :

Or l'analyse que nous avons conduite depuis quelques années sur le développement des images mentales entre 4-5 et 10-12 ans semble indiquer une différence assez nette entre les images du niveau préopérateur et celles des niveaux opératoires, qui semblent alors être influencées fortement par les opérations.

Il faut d'abord distinguer deux grandes catégories d'images mentales : les images reproductrices, qui se bornent à évoquer des spectacles déjà connus et perçus antérieurement, et les images anticipatrices, qui imaginent des mouvements ou transformations ainsi que leurs résultats, mais sans avoir assisté antérieurement à leur réalisation.

Or l'un des principaux enseignements des faits recueillis est qu'au niveau préopérateur les images mentales de l'enfant sont presque exclusivement statiques, avec difficulté systématique à reproduire des mouvements ou des transformations ainsi que leurs résultats eux-mêmes. Ce n'est qu'au niveau des opérations concrètes (après 7-8 ans) que les enfants parviennent à ces reproductions de mouvements et de transformations, en même temps qu'aux images anticipatrices de catégories correspondantes. Cela semble donc prouver : 1/que la reproduction imagée de mouvements ou de transformations même connus suppose elle aussi une anticipation ou une réanticipation; et 2/2 que toute image de mouvements ou de transformations s'appuie sur les opérations qui permettent de comprendre ces processus en même temps que de les imaginer. (Jean Piaget, Bârbel Inhelder, 1966, p. 69).

➤ Image cinétiques et de transformations :

On ne dispose donc que de moyens indirects, mais dont les recoupements présentent cependant quelques garanties : dessin de l'enfant, choix de l'enfant parmi des dessins préparés d'avance, indications gestuelles et commentaire verbaux. Cela dit, la plus simple des images reproductrices cinétiques nous a semblé, avec F. Frank et T. Bang, être constituée de ce dernier étant adjacent au côté inférieure inférieur du premier) et dont il s'agit d'anticiper un léger déplacement. On s'est d'abord assuré par ailleurs que l'enfant sait bien dessiner en copie

(ce qui est le cas dès 5 ans 1/2) le modèle exact, donc un carré partiellement superposé à un autre et partiellement en surplomb. Or, si étrange que cela paraisse, le dessin de représentation imagée et non pas de copie n'est réussi en moyenne qu'à 7 ans et au-delà.

On voit ainsi qu'il n'est pas exagéré de parler du caractère statique des images préopératoires, les images cinétiques et de transformation ne devenant possibles qu'après 7-8 ans et cela grâce à des anticipations ou réanticipations qui s'appuient sans doute elles-mêmes sur la compréhension opératoire. (Jean Piaget, Bârbel Inhelder, 1966, p. 72)

➤ Images et opérations :

Venons-en donc à l'analyse directe des relations entre la représentation imagée et l'opération. La technique consiste à présenter des épreuves habituelles de conservation opératoire mais, au lieu d'interroger le sujet sur les transformations qu'il vient de constater matériellement, on lui demande d'abord d'anticiper ce qui va se passer en imaginant les phases et les résultats des transformations.

11.5. La mémoire et la structure des souvenirs-images :

On a trop peu étudié la mémoire de l'enfant et l'on s'est surtout attaché à des mesures de rendement (performances). C'est ainsi que, en lisant quinze mots au sujet et en cherchant ce qu'il en reste après une minute, Claparède a constaté une augmentation progressive avec l'âge jusqu'à huit mots en moyenne chez l'adulte.

Mais le problème principal du développement de la mémoire est celui de son organisation progressive. On sait qu'il existe deux types de mémoire : celle de reconnaissance, qui joue en présence seulement de l'objet déjà rencontré et qui consiste à le reconnaître, et la mémoire d'évocation qui consiste à l'évoquer en son absence par le moyen d'un souvenir-image. La mémoire de reconnaissance est très précoce (elle existe déjà chez les Invertébrés inférieurs) et est nécessairement liée à des schèmes d'action ou d'habitude. Quant à la mémoire d'évocation, qui n'apparaît pas avant l'image mentale, le langage (Janet l rattache à la « conduite du récit »), etc., elle soulève un problème essentiel : celui de son indépendance ou de sa dépendance par rapport au schématisme général des actions et des opérations. (Ibid. P.77).

11.6. Le langage :

Chez l'enfant normal le langage apparaît à peu près en même temps que les autres formes de la pensée sémiotique. Chez le sourd-muet, par contre, le langage articulé n'est acquis que bien après l'imitation différée, le jeu symbolique et l'image mentale, ce qui semble indiquer son caractère génétique dérivé, puisque sa transmission sociale ou éducative suppose sans doute la constitution préalable de ces formes individuelles de semiosis ; au contraire, cette

constitution, comme le prouve le cas de la surdi-mutité, est indépendante du langage. Les sourds-muets parviennent d'ailleurs, en leur vie collective propre, à l'élaboration d'un langage par gestes qui est d'un vif intérêt, puisqu'il est à la fois social et issu des signifiants de caractère imitatif qui interviennent sous une forme individuelle dans l'imitation différée, dans le jeu symbolique et dans l'image relativement proche du jeu symbolique : avec ses propriétés d'efficacité adaptative et non pas ludiques, ce langage par gestes constituerait, s'il était général, une forme indépendante et originale de fonction sémiotique, mais chez les individus normaux il est rendu inutile par la transmission du système collectif des signes verbaux liés au langage articulé. (**Jean Piaget, Bârbel Inhelder, 1966, p. 81**)

11.6.1. Évolution :

Celui-ci débute, après une phase de lallation spontanée (commune aux enfants de toutes les cultures de 6 à 10-11 mois) et une phase de différenciation de phonèmes par imitation (dès 11-12 mois), par un stade situé au terme de la période sensori-motrice et qu'on a souvent décrit comme étant celui des « mots-phrases » (Stern). Ces mots uniques peuvent exprimer tour à tour des désirs, des émotions ou des constatations (le schème verbal devenant instrument d'assimilation et de généralisation à partir des schèmes sensori-moteurs).

Dès la fin de la seconde année, on signale des phrases à deux mots, puis de petites phrases complètes sans conjugaison ni déclinaisons, et ensuite une acquisition progressive de structures grammaticales. La syntaxe des enfants de 2 à 4 ans a donné lieu récemment à des travaux d'un grand intérêt due à **R. Brown, J. Berko**, etc., à **Harvard** et à **S. Ervin et W. Miller, J. Berkeley**. Ces recherches, s'inspirant des hypothèses de N. Chomsky sur la constitution des règles grammaticales, ont en effet montré que l'acquisition des règles syntactiques ne se réduisait pas à une imitation passive, mais comportait, non seulement une part non négligeable d'assimilation généralisatrice, ce que l'on savait plus ou moins, mais encore certaines constructions originales, dont R. Brown a dégagé certains modèles. De plus, il a montré que ces réductions des phrases adultes à des modèles originaux enfantins obéissaient à certaines exigences fonctionnelles, telles que la conservation d'un minimum d'information nécessaire et la tendance à majorer ce minimum. (**Ibid. p. 82**)

11.6.2. Langage et pensée :

En plus de ces analyses très prometteuses sur les relations entre le langage enfantin, les théories propres au structuralisme linguistique et la théorie de l'information, le grand problème génétique que soulève le développement de ce langage est celui de ses relations avec la pensée et avec les opérations logiques en particulier. Ce sont d'ailleurs là, en fait, deux

problèmes distincts, car si chacun admet que le langage décuple les pouvoirs de la pensée en étendue et en rapidité, la question de la nature linguistique ou non des structures logico-mathématiques est beaucoup plus controversée. **(Jean Piaget, Bâbel Inhelder, 1966, p. 82)**

11.6.3. Langage et logique :

Est-ce alors à dire, comme certains l'ont extrapolé, que, puisque le langage comporte une logique, cette logique inhérente au système de la langue constitue non seulement le facteur essentiel ou même unique de l'apprentissage de la logique par l'enfant ou par un individu quelconque (en tant que soumis aux contraintes du groupe linguistique et de la société en général), mais encore la source de toute logique dans l'humanité entière ? Ces opinions sont-elles, à des variantes près, d'un sens commun pédagogique toujours vivant hélas, de feu l'école sociologique de Durkheim et d'un positivisme logique encore à l'œuvre en bien des milieux scientifiques. Selon ce dernier, en effet, la logique des logiciens eux-mêmes n'est pas autre chose qu'une syntaxe et une sémantique généralisées. **(Ibid. p.83)**

Conclusion :

Dans le domaine de la fiction, l'imagination est un ensemble d'éléments composites, un mélange d'expériences, de souvenirs, de visions se rattachant à un lieu donné. L'imaginaire, c'est ce monde à part, intime, difficilement accessible, indescriptible propre à l'artiste et qui lui permet d'édifier cet autre univers particulier qu'est l'œuvre. L'artiste passe par l'imaginaire pour créer un monde de signes et de symboles où lui-même y trouve place.

La deuxième partie :
La partie pratique

Chapitre 04 :
La méthodologie de la
recherche et la population
d'étude

Introduction :

Ce chapitre méthodologique est consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivies tout au long de notre recherche concernant le développement imaginaire et de la symbolisation chez les enfants malades. Pour réaliser une recherche il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée. Cette partie contient six titres qui sont : la définition des concepts clés de notre recherche, la pré-enquête puis la méthode utilisée, la population d'étude, le lieu de la recherche, et les outils d'investigations employés enfin une conclusion du chapitre.

1. Définitions des variables :

1.1 Définitions des concepts :

- **Le développement** : série d'étapes par lesquelles passe l'être vivant pour atteindre son plein épanouissement. (Sillamy, N., 2003, p. 82)
- **L'imagination** : aptitude à se représenter les objets absents et à combiner les images. (Sillamy, N., 2003, p. 136)
- **La symbolisation** : Recours aux processus et aux mécanismes d'utilisation des symboles. (Jacques Quevauvilliers, 2009, p. 897)
- **L'enfant** : garçon ou fille avant l'adolescence (Bloch, E. et al, 2002, p.302)
- **La maladie** : altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques contre une agression extérieure ou pour résoudre ses conflits psychologiques. (Sillamy, N., 2003, p. 163)

1.2 L'opérationnalisation des concepts :

- **Le développement** : ensemble des processus successifs qui, dans un ordre déterminé, conduisent un organisme à sa maturité. (Bloch, et al, 1999, p.224)
- **L'imaginaire** : est la faculté de se représenter les objets par la pensée, il s'agit d'une fonction qui crée des images, et les utilise, l'imaginaire étant le contenu de ce qui est produit par cette fonction. (Doron R. et Parot, 2007, p768)
- **La symbolisation** : le monde symbolique va permettre à l'enfant de déployer son imaginaire dans le monde du jeu. Ce dernier représente un aspect très important du développement de l'enfant : il lui permet de réaliser des expériences en modèle réduit et sans danger. Ses jeux peuvent être de fiction (jouer à..), de construction, de représentation (dessin), de réception (histoire, images..).

(Carole siebert et katyle Neures 2010, p.35)

➤ **L'enfance** : Période de la vie s'étendant de la naissance jusqu'au début de l'adolescence, c'est-à-dire jusqu'à la quatorzième année environ. On a l'habitude de la diviser en première et seconde enfance, la limite divisant les deux étant la seconde dentition (vers 6 ans). (Jacques Quevauvilliers, 2009, p. 318)

➤ **La maladie** : toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales. (Jacques Quevauvilliers, 2009, p. 567)

2. La pré-enquête :

Une préenquête n'est pas un luxe. Il s'agit d'une première visite sur le terrain pour interviewer quelques personnes clés. (Benoit Gauthier, 2009, p. 217).

C'est une étape très importante dans toutes les recherches scientifiques, elle permet de recueillir des informations sur notre thème de recherche, ainsi de tester la fiabilité des hypothèses sur le terrain, et à définir le lien entre le cadre conceptuel et les faits réels.

Nous avons effectué notre pré enquête au sein de L'Etablissement publique Hospitalier AKLOUL Ali d'Akbou à la wilaya de Bejaïa, Tout en ayant l'objectif majeur de nous assurer de la compatibilité de notre thème de recherche avec la réalité (la disponibilité de la population de recherche, la pertinence des hypothèses émises...), et de rendement des techniques choisies.

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, le consentement des parents d'enfants était le premier pas à effectuer, de ce fait, leur rencontre était indispensable, ces derniers ont exprimé une remarquable confiance en assurant leur aide et leur disponibilité, après avoir expliqué brièvement notre thème de recherche et nos objectifs, en garantissant l'aspect confidentiel de notre travail.

➤ **Déroulement de l'enquête :**

Après avoir fait la préenquête, nous avons effectué des visites au niveau des chambres concernées pour sélectionner notre population d'étude.

Le consentement des parents était indispensable, ce qui exige leur présence au prés de leur enfant.

Notre procédure était identique, que ce soit avec les parents (pour l'entretien), et avec les enfants (pour la passation de l'épreuve projectif « le dessin libre »).

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à la vie intérieure des enfants.

3. Méthode utilisée :

Selon Lagache, 1949 la méthode clinique est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens , la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits» (Bénony. H et Chahraoui.KH, 2003, P11).

Dans notre thème nous avons opté pour une étude de cas qu'est au cœur de la méthode clinique. L'objectif de cette méthode dans notre travail est de décrire le développement imaginaire et de la symbolisation chez les enfants malades.

4. Echantillon d'étude :

On a constitué un groupe de recherche qui se compose de 06 cas, âgé entre 5 ans et 9 ans des enfants atteints des maladies organiques.

Notre échantillon d'étude répond aux critères suivants :

- Tous les enfants sont scolarisés.
- L'âge : (entre 5 ans et 9 ans).
- Les patients sont atteints d'une maladie organique.
- Le sexe (6 garçons et 0 filles).
- Niveau sociaux- économique et culturel.

Tableau n° 01 : La répartition de l'échantillon selon le sexe :

Sexe	Effectif	%
Garçons	06	100 %
Filles	00	00 %
Total	100%	100 %

L'analyse du tableau n° 01 révèle la dominance de l'effectif masculin, dans notre échantillon, avec un pourcentage de 100%

Tableau n°02 : Echantillon d'études ses caractéristiques :

Groupe de recherche.	Prénom de l'enfant.	L'âge.	Niveau de scolarisation.	Le nom de la maladie.
Cas (1)	Racime	9 ans	3eme Année primaire	Purpura
Cas (2)	Toufik	8 ans	2eme Année primaire	Diabète
Cas (3)	Yougorthen	9 ans	3eme Année primaire	Appendice
Cas (4)	Billal	9 ans	3eme Année primaire	abcès
Cas (5)	Anis	5 ans	Préscolaire	Déformation de coude due à une fracture ancienne mal traité
Cas (6)	Hani	5 ans	Préscolaire	L'épilepsie

5. Présentation de lieu de recherche :

On a choisi pour terrain d'étude l'E.P.H AKLOUL Ali d'Akbou où notre recherche s'est déroulée entre le 19/4/2015 et le 31/05/2015, au service pédiatrie.

5.1. Aperçu historique :

L'Etablissement public Hospitalier d'Akbou (E. P. H d'Akbou), qui se trouve au centre-ville d'Akbou, est construit en (1959), puis il y avait une construction d'un nouvel hôpital. Les travaux ont commencé en (1960) et furent achevés en Mars (1962), suivi après par le transfert du siège qui ouvert ses portes le 02 Novembre (1968).

L'E.P.H d'Akbou de catégorie A, mis en service en (1970) au nom du chahid AKLOUL Ali. Situé à 70 km du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, l'EPH d'Akbou couvre 06 Daira composées de 15 communes. Il dessert une population de 252430 habitants répartis sur 15 communes (188villages).

5.2 Consistance physique :

La capacité technique du l'EPH d'Akbou est de 177 lits répartis comme suit :

1. Médecine homme : 33lits ;
2. Médecine femme : 53 lits ;

3. Pédiatrie : 33 lits ;
4. Maternité et Gynécologie : 34 lits ;
5. Chirurgie (homme et femme) : 42 lits ;
6. Hémodialyse : 13 générateurs ;
7. P. U. (pavillons des urgences) : 10 lits.

En plus des services d'hospitalisation il est doté d'un plateau technique consistant à un pavillon des urgences, un service de radiologie et un bloc opératoire (dont quatre salles opératoires).

5.3 Effectif de l'Etablissement Public Hospitalier d'Akbou

Personnel médical :

- Médecins spécialistes : 17
- Médecines généralistes : 26
- Pharmacienne : 01

Personnel paramédical :

- Paramédicaux diplômés d'état : 113
- Paramédicaux brevètes : 58
- Aide-soignant : 13

Personnel administratif et technique :

- Personnels administratif : 46
- Personnels techniques et d'entretien qui s'éleva à 101

6. Les techniques utilisées :

Toute recherche scientifique a comme support une ou plusieurs techniques choisies en fonction des objectifs à atteindre, afin de valider la recherche en confirmant ou infirmant les hypothèses émises.

Notre démarche a exigé le choix de quelques outils scientifiques reconnus : l'entretien clinique semi directif de recherche, et une épreuve graphique « le dessin libre ».

6.1. L'entretien clinique :

L'entretien est « une forme de communication établit entre deux personnes ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis ». (**Grawitz, M., 2001, p. 644**) Selon **Chahraoui et Bénony**, l'entretien avec le patient et/ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur son psychisme, son objet est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité.

(**Chahraoui, K. et Bénony, H., 2003, p.32**).

6. 1.1. L'entretien semi-directif :

C'est un entretien qui répond à nos objectifs, ainsi, il se définit comme suit : « un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il rend de grand services dans la recherche lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif. ».

(Castarède, 2003, p. 93).

Donc notre premier outil de recherche, c'est-à-dire, l'entretien semi directif est doté d'un guide de recherche qu'on a préparé suivant notre objet de recherche.

6.2. Guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien.

Selon Blanchet, A., (1992), cité par Chahraoui, Kh., et Benony, H., le guide d'entretien est un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Chahraoui, K. et Bénony, H., 1999, p.68).

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

(Chahraoui, K. et Bénony, H., 1999, p.68).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien.

(Chahraoui, KH., et Benony, H., 1999, p. 69).

On a élaboré notre guide d'entretien, avec un parent d'enfant, il est constitué de trois axes.

Axe n°1 : Les données personnelles de l'enfant :

Cet axe comporte des questions sur les données personnelles de l'enfant.

Axe n° 2: Le développement imaginaire de l'enfant avant qu'il soit malade :

Cet axe comporte des questions sur le développement de l'imaginaire de l'enfant avant la maladie.

Axe n°3 : Le développement imaginaire de l'enfant après la maladie :

Cet axe comporte des informations sur le développement de l'enfant après la maladie.

6.3. Test de « dessin libre » :

Le dessin :

Le dessin est une activité spécifiquement enfantine. Il raconte et explique ce que l'enfant ne peut pas formuler verbalement. Il nous transmet donc une partie de son monde interne.

Pour l'enfant, le dessin répond à l'intention précise de signifier par l'image ce que l'enfant ne peut encore exprimer par l'écriture. (**Hélène Ricaud et al, p. 104**)

Le dessin libre :

Il constitue une épreuve avec une bonne validité clinique, chez des enfants de 18 mois à 12 ans. Ce type d'exercice implique la capacité de l'enfant à reproduire des représentations mentales et s'avérera très utile, en ce qu'elle permet, par l'absence de thème pré-déterminé, la réactivation des situations les plus étendues et les plus régressives. Les contenus latents seront néanmoins souvent centrés sur l'image du corps, les images parentales et le maniement des affects. Cette épreuve privilégiera la projection de la fantasmatique personnelle de l'enfant, aussi l'expression de certains conflits pourra avoir un effet cathartique.

(**Silkschauder, p.180**)

Définition de dessin libre selon dolto :

Selon **Françoise Dolto**, (1948) :« Le dessin libre est une expression, une manifestation de la vie profonde. A travers le graphisme le sujet exprime aussi ses difficultés, ses troubles nous apparaissent non voilés, le dessin nous livre en effet l'inconscient du sujet et nous révèle ainsi son « climat psychologique », il représente donc pour nous un instantané de l'état affectif » (**Georges Cagnet, 2011, P 22**).

Méthode de passation :

Matériel : papier A4, crayon de cahier, une boîte de couleurs de 12 crayons couleurs, une gomme et une règle.

Consigne : fais-moi un dessin.

Observation de l'enfant :

Une production sans consigne :

Le dessin libre apparaît comme le fruit de la rencontre singulière d'un créateur, porté par son histoire personnelle inscrite dans son temps, et d'un regard. C'est cette création, évidemment unique, qui suscite notre curiosité.

Très souvent, les professionnels, lorsqu'ils laissent dessiner un enfant seul ou sans de contraintes, évoquent la notion de dessin libre ; c'est-à-dire une production sans consigne initiale, que l'enfant semble mener à sa guise. Cette expression graphique sans demande formalisée est comprise, dans une forme d'abus de langage, comme affranchie des attaches, dégagée des stéréotypies ou bien encore non prédéterminée, non asservie. Comme si la liberté créatrice pouvait toujours advenir lorsque le support à l'expression est le dessin. Comme si le fait de laisser des traces devenait synonyme d'autonomie, d'affirmation originale d'un vrai self. D'ailleurs, les esquisses quelquefois maladroitement, les teintes de pastel des crayons de

couleur ou franches des feutres sont, pour beaucoup d'éducateurs ou de parents, associées à une fraîcheur, à une sincérité et vérité de l'enfance. (Georges Cagnet, 2011, P 13).

L'étude psychologique de dessin :

L'analyse de dessin permet ainsi une prolongée dans les couches profondes de la personnalité, de repérer les organisateurs, de tracer un « autoportrait inconscient », mais, précise aussitôt l'auteur, nous sommes avec des sujets en évolution, dont l'organisation psychique est souple, aussi il est primordial de situer cette approche dans le temps : il s'agit d'une photographie de la vie émotionnelle du sujet à un instant qui est celui de la mise en œuvre graphique des représentations psychique de l'enfant. (Georges Cagnet, 2011, P 13).

Dans cette communication, donnée au congrès Psyché de 1948, Françoise Dolto pose quelques préalables à l'interprétation des dessins d'enfants: elle rappelle tout d'abord que parfois la compréhension du sens, partiellement ou totalement, échappé au clinicien. Le dessin ne permet pas, à tout coup, de connaître profondément la vie psychique du sujet. Il est nécessaire, en psychologie de l'enfant plus qu'ailleurs, de ne pas forcer le sens de l'éclaircissement, d'autant que le média dessin, par la multiplicité possible des interprétations, s'y prête. « Il n'y a pas de hasard dans un dessin, tout y est nécessaire », écrit-elle puis ajoute : « Nous ne pouvons pas toujours en comprendre tout le sens. » Citation que je propose de reprendre et de compléter par la formule : nous ne pouvons pas toujours en comprendre tout le sens immédiatement lors d'une même séance avec l'enfant. On le sait, il arrive assez souvent, que nous ne saisissons le sens du premier dessin d'un enfant reçu en psychothérapie, qu'à l'issue de plusieurs voire de nombreuses séances. (Françoise Dolto, Exposé fait au congrès Psyché par la revue éponyme, P22).

Françoise Dolto précise aussi, que tout dessin libre, surtout s'il est rapidement tracé, est imprégné des circonstances actuelles de la vie de l'enfant et que toujours il est nécessaire, à l'issue de la séquence de dessin, d'amener l'enfant à le reconsidérer dans une « étude clinique ». C'est-à-dire lors d'un entretien assez libre et léger ou le clinicien présente un état « de liberté affective » lui permettant « de ressentir en soi ce qui émane du dessin au point de vue de son climat, puis analysant ces éléments, toujours les interpréter par rapport à l'ensemble ». (Georges Cagnet, 2011, p.23)

Ces interprétations, souligne l'auteur, enrichissent les futures productions, en effet « lorsque l'adulte interprète à un enfant son dessin, l'enfant lui prouve immédiatement sa reconnaissance en lui apportant un matériel de plus en plus riche. » Remarque particulièrement pertinente que les cliniciens, qui utilisent le dessin dans leur pratique, vérifient très régulièrement. (Ibid)

On a pris comme guide d'interprétation le modèle de Françoise Dolto (1948).

Tableau n°03 : l'interprétation de dessine libre selon Françoise Dolto.

La Composition	
Analyse.	Interprétations de F. Dolto.
Les bases du dessin sont-elles tracées ?	Le sujet prend-il racine sur quelque chose de solide et de réel dans la vie ?
Le dessin est-il sur un même plan ou d'après plusieurs axes différents ?	N'y a-t-il pas une scission dans la personnalité du sujet ?
Le dessin a-t-il un cadre délimité ?	Le sujet vit-il dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant ?
Quelle est la grandeur de dessin ?	Le sujet est-il sûr de lui, ose-t-il s'exprimer, ne fuit-il pas une partie de lui-même ?
Le Thème	
Analyse	Interprétations de F. Dolto
Y a-t-il une absence totale de personnage, cette absence est-elle constante ?	Le sujet participe-t-il au monde des humains ou vi-il en lui-même ?
Quels sont les animaux représentés et quelle peut être leur signification ? Aime-t-il le monde végétal ? Ses arbres et ses fleurs sont-ils enracinés, coupés, en pleine terre ?	Est-ce la traduction d'instincts agressifs ou la libération d'instincts trop violents qui effraient le sujet ?
Le graphisme et les couleurs	
Analyse	Interprétation de F.dolto.
Les traits sont-ils faibles ou forts ?	Ils révèlent selon les circonstances la timidité, l'inquiétude ou bien la violence, l'assurance de soi ou bien encore un désir de s'affirmer et d'être ?

<p>Les couleurs sombres ou claires, effacées ou violentes ?</p>	<p>Les couleurs nous renseignent sur la tonalité affective du sujet. Les teintes sombres ou effacées correspondent généralement à un état dépressif, les claires ou violentes à une humeur moins morose.</p> <p>Les associations que le sujet donne sur les couleurs sont souvent très importantes dans l'interprétation, couleurs « fille » ou couleurs « garçon », couleurs vilaines, tristes, méchantes, que j'aime, que je n'aime pas et qu'untel trouve bien, etc.</p>
---	---

Par, l'analyse et l'interprétation du dessin, Françoise Dolto nous révèle la situation du sujet par rapport à lui-même et au monde : « l'étude de sa vie instinctive nous jette une lumière d'une part sur sa vitalité, son appétit, son équilibre, tout son métabolisme (instincts végétatifs), besoin d'air, d'eau, de lumière, de nourriture ; d'autre part sur son agressivité, sa passivité (instincts animaux), ses besoins moteurs et productifs.

Tableau N° 04 : Propositions d'interprétations de D .widlöcher

couleur	Propositions d'interprétations de D .widlöcher .
Combinaisons de couleur	Certaines combinaisons donnent une impression d'harmonie, de cohérence ; d'autres, au contraire, provoquent un effet heurté.
Couleurs expressives de la lumière et du ciel.	Elles sont toujours solidaires des idées et de vertu, de sagesse divine.
Couleurs chaudes	Elles sont, dans l'ensemble, l'apanage des enfants ouverts, bien adaptés au groupe.
Couleurs neutres	Elles caractérisent les enfants enfermés, indépendants et le souvent agressifs.
Rouge	C'est la couleur préférée des jeunes enfants, plus tard elle exprime des mouvements d'hostilité et des dispositions agressives.
Noir	Il exprime l'inhibition, la peur, l'anxiété.
Orange	Cette couleur exprime souvent eu état d'esprit heureux, détendu.
Brun	Il est souvent lié au besoin de salir.
Vert	Il peut exprime une réaction contre la discipline trop rigoureuse
Violet	Il est souvent lié aux tentions conflictuelles.
Superposition des couleurs	Cela exprime le conflit des tendances.
Isolement des couleurs	Cela témoigne de rigidité et de crainte.
Mélange sans discrimination	Cela témoigne d'immaturation et d'impulsivité.

Conclusion :

Ce chapitre méthodologique nous a servi d'une démarche ordonnée pour une bonne organisation de notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail à savoir la présentation le lieu de notre recherche, la démarche suivie, et l'outil utilisés tel que l'entretien et le dessin libre. Ainsi la collecte des données sur les sujets.

Chapitre 05 :

*La présentation des cas,
l'analyse des résultats et la
discussion des hypothèses*

Introduction :

Dans cette partie de notre travail, nous proposons d'analyser les résultats de cette recherche sous forme d'une étude de six cas cliniques. Pour cela, nous avons procédé à une analyse des entretiens effectués avec les mères sur le développement de leurs enfants et l'influence de la maladie sur eux, ainsi que les événements marqués, et une analyse du test de dessin libre.

NB: les prénoms des enfants dans notre population d'étude ne sont pas leurs véritables prénoms.

1. Présentation et analyse des résultats :

Cas 01 : Racisme

1.1. Présentation du cas :

Racisme, enfant âgé de 9 ans, il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants, il est en troisième année primaire, ses résultats scolaires sont très bons, issu d'un milieu socio-économique élevée, il vit avec ses parents. Le père est un chef d'usine et la mère femme au foyer. Racime a un problème cardiaque et suite à un problème dentaire il a atteint du purpura, elle est définie comme : Taches cutanées rouges, constituées par de petites extravasations sanguines sous-cutanées. Ces taches ne s'effacent pas à la pression. Le purpura est un symptôme observé dans diverses maladies. Il peut être lié à une thrombopénie ou à une fragilité vasculaire. (**Jacque Quevaulliers, 2009, p.781**)

1.2. L'analyse de l'entretien :

Pendant la passation de l'entretien la mère de Racime était coopérative avec nous. Elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. Durant toute la séance son grand souci était la souffrance de son enfant malade, et comment le convaincre à suivre son traitement et rester à l'hôpital. D'après les informations qui ont été recueillies auprès de la mère, Racime est née d'une grossesse désirée et attendue, il a prononcé son premier mot à 7 ou à 8 mois, il a commencé à marcher à 12 mois, selon la mère, Racime était très attaché à elle et lorsqu'elle le laisse seul, il pleure un bon moment puis il recommence à jouer sans faire attention qu'elle est encore absente (il représente sa mère), son jouet préféré est un avion, il fait

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

semblant qu'il est le pilote, il joue toujours la scène de décollage et l'atterrissage de l'avion, il est très attaché à ce jeu et ne laisse personne jouer avec et il ne dort pas sans son avion (l'objet transitionnel).

D'après sa mère Racime souffre d'un problème cardiaque depuis sa naissance, et suite à un problème dentaire il a atteint du purpura (éclatement des vaisseaux sanguins dans les muscles) causé par un virus.

D'après les informations recueillies auprès de la mère, Racime est hospitalisé depuis 25 jours et cette période d'hospitalisation a influencé son comportement. Racime est devenu triste, anxieux, ce qui se manifeste dans son comportement, des soupirs, des silences, des pleurs, et aussi par sa pâleur, sa fatigue, et les cernes autour des yeux, et au début de son hospitalisation avant que Racime soit au courant de la durée de son hospitalisation il joue avec ses pairs à l'hôpital mais après il ne joue plus comme avant, il préfère rester dans sa chambre avec elle, et si elle sort pour faire quelque chose, il commence à hurler et à pleurer. Sa mère a signalé qu'il a hâte de reprendre ses cours et rejoindre ses camarades de classe, Mais son corps et plus particulièrement son cœur le fait beaucoup souffrir physiquement et il se sent fatigué de plus en plus, rajoute sa mère.

La mère rajoute que Racime était un enfant actif et dynamique, souriant et il s'arrête pas de bavarder et de blaguer mais la maladie l'a rendu différent, il a changé radicalement.

Dans notre première rencontre, Racime a répondu à notre demande sans crainte, il est motivé pour faire le dessin en répondant à nos questions, il nous a parlé de ses amis, il nous a raconté des blagues et il nous a parlé sur son avenir «je veux devenir un pilote, pour juste rester au ciel et ne pas revenir sur terre.»¹ Et à la fin de la séance il nous a demandé quoi faire de son dessin.

À la deuxième rencontre, on a remarqué un changement, un malaise était exprimé par Racime par rapport à sa longue durée d'hospitalisation «je ne suis pas bien ici, j'ai envie de sortir de l'hôpital pour que je reprenne mes cours, il ne reste pas beaucoup pour les examens, et il faut que je révise pour avoir de bonnes notes»². Racime rajoute : «les infirmiers m'ont

¹Vghighadoghalaghda pilot bachadhekimagheggheni, oudesoghalaghara are elka3a.

²Ouligharadhagibien, vghighadhefghaghgesvitarbachadhogalaghadhaghragh, ogogriwarabezaf i les examine, ilakadharivizighakenadawigh les notes el3ali.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

fait Mal avec leur injections »³ : « regardez mes bras, ils sont plein des taches bleu, ces a cause des injections, toujours des injections toujours »⁴.

1.3. La production graphique de Racime : (voir annexe n°06)

1.3.1. Présentation de dessin :

Il s'agit d'une école primaire d'après Racime c'est son école; elle est décorée par un drapeau Algérien, au côté droite de l'école il y a un arbre en plein terre et tout en haut, le soleil (1/4) rayonnant.

Les bases du dessin sont tracées, elles sont sur le même plan avec un cadre délimité et on remarque une grandeur du dessin ; presque il a utilisé toute la page.

Le dessin ne contient aucun personnage, aucun animal sauf un arbre qui est en plein terre, les traits utilisé sont forts, ainsi que les couleurs claire et sombre (marron, vert, rouge, jaune). Le dessin est propre, pas de rature, de gommage

1. 3.2. L'interprétation de dessin :

Le sujet prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie, ce qui est marqué dans son dessin, les bases sont bien tracées; l'école, le portail (une porte pour l'entrée et l'autre pour sortir, le nom de son école « école du martyr AKOUR Rabah », elle est construite en 1965), la présence de drapeau, montre que Racime est influencé par l'école. Il n'a pas une scission dans sa personnalité, parcequ'il a dessiné l'école et l'arbre sur un même plan. Racime vit dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant, « c'est tout le monde qui l'aime, sa famille, et l'équipes soignante ». Il est sûr de lui, il ose s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui ; car il a presque utilisé toute la surface. Racime ne s'arrête jamais d'interroger son médecin combien de jours il lui reste dans l'hôpital.

Le dessin de Racime ne présent aucun personnage ce que signifie ; qu'il ne participe pas au monde des humain, il vit en lui-même , il veut plus se communiqué. L'absence d'animal dans le dessin de Racime reflète des instincts pas trop violents, le sujet révèle l'inquiétude.

Ce qui concerne l'utilisation des couleurs, notre sujet a choisi les couleurs chaudes (sujet actif, impulsifs) :

Jaune : il révèle parfois une très grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'adulte.

³Thifirmliyinatitekrahentiyisethsaghnathininsente

⁴Tilkanifasniwamekhichorenadhilitachethizeghzawin.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

Marron : dépressif.

Rouge : C'est la couleur préférée des jeunes enfants, plus tard elle exprime des mouvements d'hostilité et des dispositions agressives. Et les couleurs froide (sujet plus introvertis plus réfléchis) :

Vert : traduit plutôt l'état des relations sociales de l'enfant.

Son dessin est propre il n'a pas gommé, il n'a pas fait des ratures ce qui renvoie de confiance en soi.

Selon le koche et store qui est un test de l'arbre Racime a élargi les deux bases de tronc qui signifie l'inhibition, la difficulté d'adaptation. Une couronne déportée à gauche signifie des refoulements, des inhibitions face aux difficultés.

1. 3.3. Synthèse de cas :

D'après notre analyse de l'entretien et l'interprétation de dessin libre on a constaté que le développement de Racime était normale il est marqué par l'apparition de langage à 7 ou à 8 mois, il a commencé à marcher à 12 mois. Avant la maladie il a été actif, dynamique, souriant, s'arrête pas de bavarder et de blagué.

La maladie et l'hospitalisation ont influencé sur son comportement ; il est devenu triste, anxieux, fatigué, il est très silencieux, et il ressent un malaise, agressivité et hostilité envers l'équipe soignante, l'isolement, une dépression, refoulements l'inhibition, la difficulté d'adaptation.

Il est sûr de lui, il ose s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui, il a confiance en soi, l'imaginaire de Racime est restreint et spécifique ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné son école ce que signifie que Racime souffre d'angoisse de séparation avec son environnement habituel. Racime est un élève brillant d'ailleurs il a eu 9 presque un dix dans les deux trimestres précédents, Racime nous a dit : « je veux reprendre mes cours et rejoindre mes camarades de classe ».

Cas 02 : Toufik

1.1. Présentation du cas :

Toufik : enfant âgé de 8 ans, il est le benjamin d'une fratrie de cinq enfants, il est en deuxième année primaire, ses résultats scolaires sont bons, issu d'un milieu socio-économique faible, il vit avec ses parents. Le père est un fonctionnaire et la mère femme au foyer. Toufik est un enfant diabétique, sa mère nous a informés que D'après le bilan médical,

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

son médecin traitant a constaté que cette maladie est causée par le facteur héréditaire, car son oncle été diabétique.

Toufik a été hospitalisé à cause de diabète c'est un terme générique désignant un groupe d'affections caractérisées par une polyurie avec polydipsie. On l'utilise généralement dans le sens de diabète sucré. (Jacques Quevaulliers, 2009, p.273)

1.2. L'analyse de l'entretien :

Pendant la passation de l'entretien la mère de Toufik était coopérative avec nous. Elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. La maladie de son fils lui fait peur, elle connaît cette pathologie car son beau frère est aussi diabétique. Elle souffre de l'absence de remède pour guérir définitivement, elle s'inquiète sur l'avenir et la santé de son enfant ainsi que les conséquences de cette maladie sur son bien être, et aussi la façon de subvenir a son traitement et a son régime alimentaire vu sa situation économique qui ne lui permet pas d'avoir facilement ce dont son fils a besoin.

D'après les informations qui ont été recueillies auprès de la mère, Toufik est né d'une grossesse désirée, il a prononcé son premier mot à 8 mois, il a commencé a marché à 12 mois. Selon la mère, Toufik n'était pas trop attaché à elle, lorsque elle le laisse seul il ne pleur pas, il reste calme (il représente sa mère), concernant son jouer préféré c'est un ballon, il joue toujours avec ses frères mais il ne laisse personne jouer avec son ballon s'il n'est pas présent, il le met toujours sous son lit pour que personne ne le touche (objet transitionnel).

D'après les informations recueillis auprès de la mère, Toufik est hospitalisé pour une période de 15 jours, vu l'instabilité de son état. Et d'après elle Toufik est devenu anxieux après sa maladie, il pose beaucoup de questions sur sa maladie et sur les aliments qu'il faut éviter et a part ça il y a rien a signalé, il joue avec les enfants qui sont hospitalisés.

Durant l'entretien, le sujet s'est montré coopératif, il a répondu à notre demande sans crainte, il est motivé pour faire le dessin en répondant à nos questions.

Le contact a été marqué par un climat rassurant et une mutualité parfaite. Il a bien réagit à notre demande

Au début de l'entretien, on a remarqué que Toufik s'adapte facilement à nos questions qui abordent son attitude sur le diabète. Il n'a pas exprimé une déception vis-à-vis de maladie,

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

mais au contraire il a posé des questions sur cette maladie, et ses conséquences : « et si j'aurai une hyperglycémie, il m'arrivera quoi ? »⁵.

Toufik nous a parlé aussi de son avenir : « je veut devenir un policier »⁶. Et a la fin de la séance, lorsque il nous a remis son dessin il a posé la question suivante : « vous ferai quoi avec mon dessin, sa vous sert à quoi ? »⁷, et lorsque on lui a répondu, Toufik nous a dit « alors la prochaine fois vous aurez un dessin plus beau que celui-là »⁸.

1.3. La production graphique de Toufik : (voir annexe n°07)

1.3.1. Présentation de dessin :

Ils représentent un paysage, avec une maison avec deux ouvertures, pas de fenêtre, un arbre, des montagnes en vert et le soleil jaune. D'après lui si la maison de son oncle paternelle.

Les bases du dessin sont tracées, elles ne sont pas sur le même plan avec un cadre délimité et on remarque une grandeur du dessin ; presque il a utilisé toute la page.

Le dessin ne contient aucun personnage, aucun animal sauf un arbre qui est en plein terre, les traits utilisé sont forts, Toufik teinté son dessin par les couleurs chaudes et les couleurs froides (marron, vert, rouge, jaune, bleu, orange, violet).

Le dessin est propre, pas de rature, de gommage, il y a aussi certaines courbes.

1.3.2. L'interprétation de dessin :

Le sujet prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie «Toufik aime ses études, il souhaite d'être un policier, mais en attendant d'avoir l'âge nécessaire il participe à un club sportif de football », en traçant bien les bases de son dessin. Il n'ya pas une scission dans sa personnalité, car il la dessiné sur un même plan. Toufik vit dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant, ce que montre son dessin : l'utilisation de la règle pour obtenir un cadre délimité. Il est sûr de lui, il ose à s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui. Toufik ne s'arrête jamais d'interroger son médecin sur le régime alimentaire qu'il faut suivre, en revanche la prise d'une grande surface.

⁵Imayoliyiaskardhachoayaghen ?

⁶Evghighadhoghalaghdha police.

⁷Dhachoastkhamemseldissaneaghinino, iwachoikenyeslah ?

⁸Ihithekiltidenidhenaghondkhedhmaghyewenkhiragagi.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

Toufik ne participe pas au monde des humaines, parcequ'il n'a pas dessiné des personnages; il vit en lui-même. L'absence d'animal dans le dessin de sujet reflète des instincts pas trop violents, le sujet révèle la timidité et l'inquiétude, car les traits utilisé son fort.

Ce qui concerne l'utilisation des couleurs notre sujet a choisi les couleurs chaudes (sujet actif, impulsifs) :

Jaune : il révèle parfois une très grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'adulte.

Marron : dépressif.

Rouge : tendance agressive.

Orange : agressives.

Et les couleurs froide (sujet plus introvertis plus réfléchis) :

Vert : traduit plutôt l'état des relations sociales de l'enfant.

Violet : est un signe d'inquiétude et souvent associé aux d'adaptation difficiles.

Bleu : dynamogènes.

Comme il n'a pas utilisé de rature, et de gommage notre sujet ne manque pas de confiance en soi, Toufik est quelqu'un de doux et sensible, car il a tendance à utiliser les lignes courbes.

Selon le koche et store qui est un test de l'arbre, Toufik a élargi les deux bases de tronc qui signifie l'inhibition, la difficulté d'adaptation. Une couronne en arcade est symptomatique d'un caractère souple, diplomate, à la limite parfois de l'obséquiosité.

1.3.3. Synthèse de cas :

D'après notre analyse de l'entretien et l'interprétation de dessin libre en a constaté que le développement de Toufik était normale il est marqué par l'apparition de langage à 8 mois, il a commencé a marché à 12 mois. Avant la maladie la vie quotidienne de Toufik est parfaite ; un bon élève à l'école, et un excellent footballeur dans son club.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

Après sa maladie il a développé l'anxiété, reflète des instincts pas trop violents, la timidité et l'inquiétude, ne participe pas au monde des humaines, dépressif, tendance agressive, l'inhibition et la difficulté d'adaptation.

Malgré la maladie Toufik vit dans une certaine harmonie avec le monde ambiant, il est sûr de lui, dynamogène, doux et sensible, d'un caractère souple, diplomate, à la limite parfois de l'obséquiosité.

L'imaginaire de Toufik est restreint ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une maison ce que signifie que Toufik souffre d'angoisse de séparation avec son environnement habituel, il souhaite d'être à la maison de son oncle que de resté à l'hôpital (Toufik nous a pas répondu pourquoi il la choisi).

Cas 03 : Yougorthen

1.1. Présentation du cas :

Yougorthen : enfant âgé de 9 ans, il est le troisième d'une dans le rang d'une fratrie de quatre enfants, il est en troisième année primaire, ses résultats scolaire sont faible, issu d'un milieu socio-économique moyen, il vit avec ses parents. Le père est un mécanicien et la mère femme au foyer. Yougorthen, a été hospitalisé à cause d'une appendicectomie elle est définie comme :

Appendicectomie : Ablation chirurgicale de l'appendice vermiculaire.

Appendices : Petites formations péritonéales unies au gros intestin et contenant de la graisse. (Jacque Quevaulliers, 2009, p. 77)

1.2. L'analyse de l'entretien :

Pendant la passation de l'entretien la mère de Yougorthen était coopérative avec nous. Elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. Au cours de l'entretien, la mère était nerveuse et se plaignait des mauvaises conditions d'hospitalisation et le comportement du personnel en vers les malades, il se plaint d'un manque du sens de la responsabilité dans cet hôpital, même elle n'est pas convaincu de leur diagnostic : « mon fils a une anémie et d'après l'échographie il n'y a aucun problème au niveau de l'appendice, je ne sais pas pourquoi ils ont décidé de lui faire cette intervention ».

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

D'après les informations qui ont été recueillies auprès de la mère, Yougorthen est née d'une grossesse désirée et attendue, il a prononcé son premier mot à 7 ou à 8 mois, il a commencé à marcher à 12 mois, selon la mère, Yougorthen était très attaché à elle et lorsqu'elle le laisse seul, il ne cesse pas de pleurer jusqu'à le porter dans ses bras.

Et d'après elle Yougorthen n'a pas un jouet préféré, mais il s'intéresse beaucoup aux outils de la mécanique de son père, il joue toujours avec en imitant son père et il joue toujours avec ses frères d'ailleurs pendant l'entretien Yougorthen nous a dit : « moi les études m'intéresse pas, et j'aime pas aller à l'école, je veux devenir un mécanicien comme mon père ».⁹

D'après les informations recueillies auprès de la mère, Yougorthen est hospitalisé depuis 15 jours et cette période d'hospitalisation a influencé son comportement, elle lui rendit pire qu'avant : « s'il me voit pas près de lui, il fait un scandale ».

Durant l'entretien, le sujet s'est montré coopératif, il a répondu à notre demande sans crainte, il est motivé pour faire le dessin, mais on a remarqué une timidité chez yougorthen en répondant à nos questions, d'ailleurs il nous répondait avec l'encouragement de sa maman. A la fin de la séance Yougorthen nous a remis sa feuille en silence.

1.3. La production graphique de Yougorthen : (voir annexe n°08)

1.3.1. Présentation de dessin :

Il s'agit d'une maison (deux fenêtres, une porte), un arbre enraciné, un soleil est complet et deux papillons.

Les bases du dessin sont tous tracées, elles sont tous sur le même plan, il a un cadre délimité.

Le dessin ne contient aucun personnage, mais on note la présence d'un animal qui reflète des instincts violentes, et un arbre enraciné, les traits utilisés sont faibles, le sujet choisi les couleurs chaudes et froides (marron, vert, rouge, jaune, orange, bleu).

On remarque qu'il a utilisé des vibrations lors de la coloration.

⁹Neki ouyidha3 ara egg lakraya, ouhamlagharaadrohagh are l'école, evghightheadhoghalaghdamicianamevava.

1.3.2. L'interprétation de dessin :

Le sujet prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie, en observant sa feuille le patient a bien tracées les bases de dessin. Il n'y a pas une scission dans sa personnalité car il a dessiné sur le même plan, Yougorthen vit dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant, car le cadre de son dessin est délimité. Le grand espace utilisé montre qu'il est sûr de lui, il ose à s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui.

Yougorthen, ne participe pas au monde des humains, il vit en lui-même, parcequ'il n'a pas dessiné des personnages. La présence d'animal dans le dessin de patient signifie que la libération d'instincts est violente, le sujet révèle la timidité à cause des traits faibles.

Ce qui concerne l'utilisation des couleurs notre sujet a choisi les couleurs chaudes (sujet actif, impulsifs) :

Jaune : il révèle parfois une très grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'adulte.

Marron : dépressif.

Orange : agressif.

Et les couleurs froides (sujet plus introvertis plus réfléchis) :

Vert : traduit plutôt l'état des relations sociales de l'enfant.

Violet : il est signe d'inquiétude et souvent associé aux périodes d'adaptation difficiles.

Bleu : dynamogènes.

La vibration faite par notre patient correspond à l'angoisse.

Selon le koche et store qui est un test de l'arbre, Yougorthen a représenté le tronc avec des creux et des entailles qui font supposer des sentiments de culpabilité. Et une couronne gribouillée traduit une personnalité indépendante, productive, des tendances impulsives, un besoin de changement.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

1.3.3. Synthèse de cas :

D'après notre analyse de l'entretien et l'interprétation de dessin libre en a constaté que le développement de Yougorthen était normale il est marqué par l'apparition de langage à 7 ou à 8 mois, il a commencé à marcher à 12 mois.

La période de l'hospitalisation était très difficile à lui, il ne supporte plus de rester une minute de plus, d'après sa mère « la période de l'hospitalisation était la pire période », notre sujet est timide, d'ailleurs il a accepté de nous dessiner grâce à l'encouragement de sa mère, très calme, il ne communique pas avec nous, on n'a pas entendu sa voix.

Yougorthenne participe pas au monde des humains, il vit en lui-même, libération d'instincts est violente, dépressif, d'inquiétude et souvent associé aux périodes d'adaptation difficiles, l'angoisse, des sentiments de culpabilité, il est aussi une personnalité indépendante, productive, des tendances impulsives, un besoin de changement.

L'imaginaire de Yougorthen est restreint et spécifique ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une maison, et comme on n'a pas trouvé des réponses à nos questions, on peut deviner qu'il n'aime pas le climat de l'hôpital.

Cas 04 : Billal

1.1. Présentation du cas :

Billal : enfant âgé de 9 ans, il est le benjamin d'une fratrie de onze enfants, il est en troisième année primaire, ses résultats scolaires sont moyens, issu d'un milieu socio-économique faible, il vit avec ses parents. Le père travaille dans un restaurant et la mère femme au foyer. Billal a été hospitalisé à cause d'un abcès, il est défini comme : Collection purulente contenue dans une cavité néoformée. Il reçoit des noms différents selon sa localisation (alvéolaire, cérébral, mammaire, sous-phrénique, etc.) et selon sa nature ou son étiologie (amibien, streptococcique, etc.).

1.2. L'analyse de l'entretien :

Pendant la passation de l'entretien la mère de Billal était coopérative avec nous. Elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. Pendant l'entretien la mère de Billal était très inquiète pour son enfant, et son état de santé : « le médecin nous a dit que cet abcès

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

risque de lui causé une déformation au niveau de son visage si elle n'est pas traité a temps », Pour la mère, la situation économique l'inquiète aussi elle dit « on a même pas l'argent pour lui faire une radio et lui acheté son traitement ».

D'après les informations qui ont été recueillies auprès de la mère, Billal est née d'une grossesse désirée, il a prononcé son premier mot à 8 mois, il a commencé à marcher à 12 mois, selon la mère, Billal n'était pas trop attaché à elle et lorsqu'elle le laisse seul il ne pleure pas, (il représente sa mère), et concernant son joué préféré c'est un ballon, il joue toujours avec ses frères ou les enfants des voisins et lorsqu'il termine, il laisse le dans cour de la maison. D'après elle, Billal aime jouer avec son ballon, mais il ne l'amène pas a son lit.

D'après les informations recueillies auprès de la mère, Billal est hospitalisé à une période de 8 jours. Et d'après elle Billal après sa maladie est devenu fragile et top stressé, ce qu'on a remarqué pendant notre entretien avec sa mère surtout lorsque elle nous a parlé sur les frais de son traitement et quand il nous a entendu, Billal a commencé à pleurer.

Durant l'entretien, le sujet ne s'est pas montré coopérant, il a répondu à notre demande avec crainte et hésitation, il n'est pas motivé pour faire le dessin, d'ailleurs il a refusé de dessiner, c'est sa maman qui la convaincu pour le faire. Et lorsqu'il nous a remis sa feuille, il nous a rien dit.

1.3. La production graphique de billal : (voir annexe n°09)

1.3.1. Présentation de dessin :

Il représente une maison marqué par deux fenètre une porte le toi a quatre angle aigu, elle est entouré des arbres et des fleurs, des nuages sous forment d'un onze.

Les bases du dessin sont tracées, elles ne sont pas sur le même plan, le cadre est délimité et une grandeur du dessin ; presque il a utilisé toute la page.

Le dessin ne contient aucun personnage, aucun animal sauf des arbres coupés et des fleurs, les traits utilisés sont faible, ainsi que les couleurs chaudes et une couleur froide (marron, vert, rouge, jaune, orange).

Le dessin est propre, pas de rature, pas de gommage.

1. 3.2. L'interprétation de dessin :

Si le sujet a tracé les bases du dessin donc, il prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie. Si le dessin n'est pas sur le même plan c'est-à-dire il y a une scission dans sa personnalité, Billal vit dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant (c'est une famille très pauvre, qui partage tout ensemble). Il est sûr de lui, il ose à s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui, c'est par rapport à la grande surface utilisée dans son dessin.

L'absence totale de personnage à la feuille de Billal signifie qu'il ne participe pas au monde des humaines, vit en lui-même. Aussi, l'absence d'animal dans le dessin reflète des instincts pas trop violents, le sujet révèle la timidité et l'inquiétude, en utilisant les traits faible.

Ce qui concerne l'utilisation des couleurs notre sujet a choisi les couleurs chaudes (sujet actif, impulsifs) :

Jaune : il révèle parfois une très grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'adulte.

Marron : dépressif.

Rouge : tendance agressive.

Orange : agressives.

Et les couleurs froide (sujet plus introvertis plus réfléchis) :

Vert : traduit plutôt l'état des relations sociales de l'enfant (dynamogènes).

Notre sujet n'est pas utilisé la gomme, il n'a pas fait de ratures, on constate qu'il ne manque pas de confiance en soi, c'est un enfant réaliste, parcequ'il a utilisé des angles marqué dans le toit de la maison.

Selon le coche et store qui est un test de l'arbre Bilal a dessiné un tube ouvert vers le haut signifie un manque de décision, une impulsivité du caractère. Une couronne en boucles révèle des facilités de contact, d'expression, la mobilité du caractère.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

1.3.3. Synthèse de cas :

D'après notre analyse de l'entretien et l'interprétation de dessin libre en a constaté que le développement de Billal était normale il est marqué par l'apparition de langage à 8 mois, il a commencé a marché à 12 mois.

La maladie et l'hospitalisation ont influencé sur son comportement ; il est devenu fragile, souvent stressé, instincts pas trop violents, la timidité et l'inquiétude, la dépression, tendance agressive, un manque de décision, une impulsivité du caractère, il ne participe pas au monde des humaines, il vit en lui-même.

Il est sûr de lui, il ose s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui, il a confiance en soi, des facilités de contact, d'expression, la mobilité du caractère.

L'imaginaire de Billal est restreint ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une maison ce que signifier que Billal espère-t-il rentré chez lui et d'être avec ses onze frères, peut-être il ne supporte pas vivre loin d'eux.

Cas 05 : Anis

1.1. Présentation du cas :

Anis : enfant âgé de 5 ans, il est le benjamin d'une fratrie de deux enfants, il est en préscolaire, issu d'un milieu socio-économique élevée, il vit avec ses parents. Le père est un pharmacien et la mère est une enseignante. Anis est hospitalisé pour une déformation au niveau du coude due à luxation ancienne non traité.

1.2. L'analyse de l'entretien :

Pendant la passation de l'entretien la mère de Anis était coopérative avec nous. Elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. Durant toute la séance son grand souci était le problème de son fils, elle a peur que cette blessure ne guérie pas parce qu'elle n'est pas prise en charge.

D'après les informations qui ont été recueillies auprès de la mère, Anis est né d'une grossesse désirée et attendue : « ahh ma fille, bien sur qu'il est née d'une grossesse désirée, c'est mon deuxième enfant, je suis resté infertile pendant 15 ans, c'est eux qui ont donné un sens a ma vie », il a prononcé son premier mot à 7 mois et il a commencé a marché a 11 mois.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

D'après la mère, Anis était trop attaché à elle, mais lorsqu'elle le laisse seul il ne pleure pas par ce que elle a l'habitude de le laisser seul surtout lorsque elle amène son grand frère à l'école, il reste calme devant la télévision et il ne bouge pas jusqu'à son retour (il représente sa mère), et concernant son joué préféré c'est une voiture, il joue toujours avec, il l'amène même dans son lit (l'objet transitionnel), d'ailleurs Anis l'a ramenée à l'hôpital.

D'après sa mère, Anis est hospitalisé à une période de 15 jours, et cette période a influencé son comportement, lorsque il voit les mamans d'autres enfants hospitalisés entraîne d'allaiter leur enfant ou de leur changer ces couches, il demande à sa mère de lui faire de mémé (la régression).

Durant l'entretien, le sujet s'est montré coopératif, il a répondu à notre demande sans crainte, il est motivé pour faire le dessin en répondant à nos questions.

Le contact a été marqué par un climat de rassurance, de mutualité et il était riche. Il a bien réagi à notre demande. Anis s'adapte facilement à nos questions, Il n'a pas exprimé une déception vis-à-vis de sa maladie, il a essayé de s'approcher de nous, il a joué avec nous, il nous a parlé de sa maîtresse et ses camarade de classe.

À la fin de la séance lorsqu'Anis nous a remis sa feuille, il nous a demandé, « quand à ce que vous allez revenir ? »¹⁰ Et suite à notre réponse il nous a dit que « la prochaine fois venez me voir pour qu'on dessine »¹¹.

1.3. La production graphique de Anis :(voir annexe n° 10)

1.3.1. Présentation de dessin :

Anis, fait pivoter la feuille qui lui était présente. Et il l'a utilisée horizontalement, notre patient a dessiné le ciel en bleu dedans des nuages blancs, et un soleil rayonnant. La verdure au niveau de sol, et au milieu une petite maison avec une porte et une fenêtre.

Les bases du dessin sont tracées, elles sont sur le même plan avec un cadre délimité et on remarque une grandeur du dessin ; presque il a utilisé toute la page.

Le dessin ne contient aucun personnage, aucun animal, aucun arbre, les traits utilisés sont forts, les couleurs utilisées sont chaudes et froides (marron, vert, jaune, orange, bleu).

¹⁰ Melmi ara doghalemet.

¹¹ Arwahemteaythezremtethikeltanedhenbacheanedissiné.

1.3. 2. L'interprétation de dessin :

Le sujet prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie, d'après son dessin les bases sont bien tracées. Il n'y a pas une scission dans sa personnalité, Anis a dessiné sur un même plant. Il vit dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant, il a bien représenté le ciel qui est bleu avec les nuages, et le soleil, une petite maison, d'après sa mère ils vivent dans une petite maison, enfin il a coloré le sol avec le vert. Il est sûr de lui, il ose à s'exprimer, ne fuit pas une partie de lui, parce que le dessin de Anis occupe une grande surface.

Anis ne participe pas au monde des humaines, il vit en lui-même, et cela marqué par l'absence de personnage. En remarque aussi l'absence d'animal et d'arbre dans le dessin d'Anis ce que reflète des instincts pas trop violents, le sujet est un enfant plutôt agressif qui se distingue par l'utilisation des traits forts.

Ce qui concerne l'utilisation des couleurs notre sujet a choisi les couleurs chaudes (sujet actif, impulsifs) :

Jaune : il révèle parfois une très grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'adulte.

Marron : dépressif.

Rouge : tendance agressive. Et les couleurs froides (sujet plus introvertis plus réfléchis) :

Vert : traduit plutôt l'état des relations sociales de l'enfant.

Bleu : dynamogènes.

On remarque qu'il a utilisé des vibrations lors de la coloration, ce dernier peut représenter l'angoisse.

1.3.3. Synthèse de cas :

D'après notre analyse de l'entretien et l'interprétation de dessin libre en a constaté que le développement de Anis était normale il est marqué par l'apparition de langage à 7 mois, il a commencé à marcher à 11 mois.

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

Après sa maladie il a développé la régression, reflète des instincts pas trop violents plutôt agressifs, une très grande dépendance, dépression, angoisse.

Ses point positif malgré sa maladie; il est dynamogène, il vie dans la réalité, il ose à s'exprimer, il est sûr de lui, il reflète des instincts pas trop.

L'imaginaire de Anis est restreint et spécifique ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une petite maison (sa mère nous a dit : « en vie aussi dans une petit maison. ») ce que signifier que Anis souffre d'angoisse de séparation avec son environnement habituel, il souhaite d'être à la maison que de resté à l'hôpital peut être pour faire ses rituels.

Cas 06 : Hani :

1.1. Présentation de cas :

Hani : c'est un enfant âgée de 05 ans, il est le benjamin d'une fratrie de quatre enfants, il est en préscolaire, issu d'un milieu socio-économique moyen, il vit avec ses parents. Le père est un fonctionnaire et la mère femme au foyer. Hani est enfant épileptique hospitalisé pour une fièvre.

1.2. Analyse de l'entretien :

Pendant la passation de l'entretien la mère de Hani était coopérative avec nous. Elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. Durant toute la séance son grand souci était la maladie de son fils, elle a peur que cette fièvre lui fait de mal par ce que d'après elle c'est un problème fréquent chez son fils depuis qu'il a 1 ans, et a chaque fois qu'il a de la fièvre il s'évanouit. La mère s'inquiète aussi des effets secondaire du médicament qu'il prend son fils pour l'épilepsie, elle nous a dit : « mes filles, voilà le médicament que mon fils prend est-ce-que c'est vrai que ce médicament peut lui causé un retard mental ? ».

D'après les informations qui ont été recueillies auprès de la mère, Anis est née d'une grossesse désirée et attendue, il a prononcé son premier mot à 8 mois, il a commencé à marché à 12 mois, selon la mère, Hani n'était pas trop attaché à elle, il est trop attaché a sa grand sœur, et lorsque elle le laisse seul il ne pleur pas, il reste calme (il représente sa mère), et concernant son jouer préférer c'est un lion, il joue toujours avec ses frères mais il laisse personne jouer avec son lion , il l'amène même dans son lit (objet transitionnel).

D'après les informations recueillis auprès de la mère, Hani est hospitalisé à une période de 04 jours et pendant cette période il n'y a pas un changement au niveau de ses

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

comportements, il reste calme, il joue avec les enfants qui sont à l'hôpital, et il a ramené ses joués avec lui.

Durant l'entretien, le sujet s'est montré coopérant, il a répondu à notre demande sans crainte, il est motivé pour faire le dessin en répondant à nos questions.

Le contacte a été marqué par un climat de rassurance, de mutualité et il été riche. Ses réactions à notre demande été vécues par une participation affective.

Au début de l'entretien, on a remarqué que Hani s'adapte facilement à nos questions qui abordent son attitude sur sa maladie. Il n'a pas exprimé une déception vis-à-vis sa maladie.

A la fin de la séance lorsque Hani nous a remet son dessin, il nous a parlé un peut sur sa mère, il nous a dit qu'elle ne laisse pas sortir pour joué avec les enfants des voisins, Hani a exprimé une déception vis-à-vis a ça. Il nous a dit qu'il n'aime pas jouer tout seul et il a envie d'avoir des amies comme tout le monde.

1.3. La production graphique de Hani :(voir annexe n°11)

1.3.1. Présentation de dessin :

Il s'agit de deux petites maisons d'après Hani l'une est la maison de « Batman » et l'autre est la maison de « Supermen », et une voiture qui se transforme à un robot « obtimos », le soleil, un arbre.

Les bases du dessin sont tracées, elles ne sont pas sur le même plan avec un cadre délimité et on remarque qu'il n'a pas utilisé toute la feuille.

Le dessin ne contient aucun personnage, aucun animal sauf un arbre coupé, les traits utilisé sont forts, ainsi que les couleurs claire et sombre (marron, vert, rouge, jaune, orange, bleu, violet).

Le dessin est un peu sale, à cause de gommage. Une ligne horizontale.

1. 3.2. L'interprétation de dessin :

Le sujet prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie, car il les bases de son dessin sont tracé. Le dessin n'est pas sur le même plan ce qui signifie qu'il a une scission dans sa personnalité. Le cadre utilisé n'est pas bien délimité, révèle que Hani ne vit

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

pas dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant. Il n'est pas sûr de lui, il n'ose pas à s'exprimer parceque il a utilisé une petit surface.

Hani ne participe pas au monde des humaine, il vit en lui-même, cela marqué par l'absence de personnage dans sa feuille. L'absence d'animal aussi dans le dessin de Hani reflète des instincts pas trop violents, le sujet révèle une tendance agressive face aux traits forts.

Ce qui concerne l'utilisation des couleurs notre sujet a choisi les couleurs chaudes (sujet actif, impulsifs) :

Jaune : il révèle parfois une très grande dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'adulte.

Marron : dépressif.

Rouge : tendance agressive.

Orange : agressives.

Et les couleurs froide (sujet plus introvertis plus réfléchis) :

Vert : traduit plutôt l'état des relations sociales de l'enfant.

Violet : il est signe d'inquiétude et souvent associé aux périodes d'adaptation difficiles.

Bleu : dynamogènes.

La vibration fait par notre patient correspondre à l'angoisse, le gommage représente d'un manque de confiance en soi et cet enfant pourra avoir des difficultés d'écriture et peut avoir aussi des conflits psychologiques, parceque il a dessiné une ligne horizontale.

Selon le koche et store qui est un test de l'arbre, Hani a dessiné des bosses pour le tronc qui signifie des traumatismes, des perturbations du caractère.

1.3.3. Synthèse cas :

D'après notre analyse de l'entretien et l'interprétation de dessin libre en a constaté que le développement de Hani était normale il est marqué par l'apparition de langage à 8 mois, il a commencé a marché à 12 mois.

La maladie et l'hospitalisation ont influencé sur son comportement ; il est calme, Hani ne vit pas dans la réalité, ne participe pas au monde des humaine, une tendance agressives,

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

adaptation difficiles, angoisse, manque de confiance en soi, il pourra avoir des difficultés d'écriture, des conflits psychologiques, des traumatismes, des perturbations du caractère.

L'imaginaire de Hani n'est pas restreint, il est riche, vaste, créatif ce qu'on a remarqué dans son dessin (l'une est la maison de « Batman » et l'autre une maison de « Superman », et une voiture qui se transforme à un robot « optimos »).

2. Synthèse générale des cas :

On constate chez notre groupe de recherche une grande manifestation de l'angoisse de séparation brutal entre un Moi idéal à vocation initialement réparatrice (du fait de la richesse fantasmatique chez l'enfant sain), et ce même Moi idéal attaqué par un réel, celui de la maladie physique susceptible d'inhiber l'activité fantasmatique en question chez l'enfant (capacité de jouer, de rêver...). Séparation physique aussi (hospitalisation répétées et longues convalescences...) d'avec leur environnement habituel comme dans notre cas Racime qui a dessiné son école et dans les cas Toufik a dessiné la maison de son oncle, Yougourthen qui a dessiné leur maison, Billal a dessiné leur maison, et Anis qui a dessiné leur maison. Tous les ont dessinées leur maisons (séparation avec leur familles), sauf Hani qui a dessiné deux maisons, d'après lui l'une c'est celle de « battmen » et l'autre c'est celle de « supermen »

Les sujets prennent des racines sur quelque chose de réel dans leur vie ce qui est marqué dans leur dessines, tous les cas vit dans la réalité, l'absence des personnages dans leur dessines indique que les sujets ne participent pas au monde des humaines, ils vivent en eux même.

On a aussi constaté dans notre groupe de recherche des manifestations d'agressivité chez les cas Toufik, Billal, Anis et Hani (absence d'animaux dans leur dessins), difficultés d'adaptation, inhibition face aux difficultés et inquiétude chez tous les cas a cause de l'absence d'animaux dans leur dessin, sensibilité chez le cas Toufik qui a utilisé les lignes courbes et manque de confiance en soi chez le cas Hani qui a fait des ratures dans son dessin ainsi que la dépression chez tous les cas car ils ont tous utilisé la couleur marron.

3. Discussion des résultats :

Durant cette étude, on a tenté de décrire le monde imaginaire et la fonction symbolique chez les enfants malade, âgés entre 05 à 09 ans. Ainsi d'étudier la spécificité de cette fonction chez les enfants malade.

Après avoir présenté et interprété les résultats obtenus dans notre pratique (résultats de l'entretien semi directif et le test du dessin libre). On poursuit avec la phase de discussion de nos hypothèses de recherche.

Les résultats obtenus de l'analyse du test de dessin libre présenté pour six cas d'enfants malade, dans le but d'évaluer la qualité de la fonction imaginaire et symbolique chez eux nous indiquent une carence dans la fonction imaginaire et leur accès au monde symbolique est exprimé chez les cas Racime qui a dessiné son école et dans les cas Toufik a dessiné la maison de son oncle, Yougourthen qui a dessiné leur maison, Billal a dessiné leur maison, et Anis qui a dessiné leur maison. Tous les cas ont dessinées leur maisons (séparation avec leur familles) qui a influencé la fonction imaginaire, sauf chez le cas Hani qui a fait un dessin riche, il a dessiné deux maisons, d'après lui l'une c'est celle de « battmen » et l'autre c'est celle de « supermen ».

Les enfants malades portent le point de la souffrance physique qui peut être la cause principale susceptible d'inhiber l'activité fantasmatique, et la fonction imaginaire et symbolisation de l'enfant.

Après avoir résumée et interpréter les entretiens et le dessin, on va discuter les hypothèses qu'on a supposé comme suite :

Pour les cinq cas, on a obtenu dans notre études des résultats qui confirme notre hypothèse générale qui est « **le développement de l'imaginaire chez l'enfant malade et son accès au monde symbolique est spécifique** » car on a cinq cas sur six cas de notre échantillon d'étude chez lesquels on a trouvé que la fonction imaginaire et symbolique est spécifique ce qu'il a apparu dans les dessins des cinq cas.

Chez Racime la fonction imaginaire est restreint et spécifique ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné son école ce que signifie que Racime souffre d'angoisse de séparation avec son environnement habituel. Racime est un élève brillant d'ailleurs il a eu 9

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

presque un dix dans les deux trimestres précédents, Racime nous a dit : « je veux reprendre mes cours et rejoindre mes camarades de classe ».

Pour l'imaginaire de Toufik est restreint ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une maison ce que signifie que Toufik souffre d'angoisse de séparation avec son environnement habituel, il souhaite d'être à la maison de son oncle que de resté à l'hôpital (Toufik nous a pas répondu pourquoi il la choisi).

Pour l'imaginaire de Yougorthen est restreint ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une maison, et comme on n'a pas trouvé des réponses à nos questions, on peut deviner qu'il n'aime pas le climat de l'hôpital.

Ce qui concerne l'imaginaire de Billal est restreint ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une maison ce que signifie que Billal espère-t-il rentré chez lui et d'être avec ses onze frères, peut-être il ne supporte pas vivre loin d'eux.

Et l'imaginaire de Anis est restreint et spécifique ce qu'on a remarqué dans son dessin, ou il a dessiné une petite maison (sa mère nous a dit : « en vie aussi dans une petit maison. ») ce que signifie que Anis souffre d'angoisse de séparation avec son environnement habituel, il souhaite d'être à la maison que de resté à l'hôpital peut être pour faire ses rituels.

Tous les cas de notre recherche ont dessiné leurs maisons ce que signifie une grande manifestation de l'angoisse du séparation brutal entre un Moi idéal à vocation initialement réparatrice (du fait de la richesse fantasmatique chez l'enfant sain), et ce même Moi idéal attaqué par un réel, celui de la maladie physique susceptible d'inhiber l'activité fantasmatique en question chez l'enfant (capacité de jouer, de rêver...). Séparation physique aussi (hospitalisation répétées et longues convalescences...) d'avec leur environnement habituel.

Un seul cas Hani chez qui on a obtenu une infirmation de notre hypothèse générale « **le développement de l'imaginaire chez l'enfant malade et son accès au monde symbolique est spécifique** » L'imaginaire de Hani n'est pas restreint, il est riche, vaste, créatif ce qu'on a remarqué dans son dessin ou il a dessiné deux maisons (l'une est la maison de « Batman » et l'autre c'est la maison de « Supermen », et une voiture qui se transforme à un robot « obtimos »). Ce que signifie que la maladie somatique n'est pas toujours, fort heureusement, au premier plan pour nourrir, infiltrer le dessin. Celui-ci entre alors en lien étroit avec l'imaginaire. (Georges Cognet, 2011, p.3)

Chapitre 5 : la présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

Notre hypothèse partielle qui est « **le développement imaginaire de l'enfant malade est restreint** » a été aussi confirmée par cinq cas sauf avec le seul cas Hani qui a infirmé notre hypothèse avec un dessin riche (du fait de la richesse de la vie fantasmatique chez l'enfant sain.

Conclusion :

Donc ce qu'on peut dégager de cette discussion, c'est que nos hypothèses est confirmée chez les cas Racime, Toufik, Yougourthen, Billal, ainsi Anis, sauf chez le cas Hani qui a infirmé nos hypothèses et cela selon les résultats obtenu dans le dessin libre sur la fonction imaginaire et symbolique, après une étude approfondie sur un groupe bien déterminé, qu'on a généralisé les résultats obtenu par notre recherche, ce qui mène à dire que la majorité des enfants malade ont une fonction imaginaire et symbolique spécifique et restreint.



Conclusion

Conclusion générale :

Cette recherche intitulée «le développement de l'imaginaire et de la symbolisation chez les enfants malade» qu'on a réalisé au sein de l'hôpital d'AKBOU, service pédiatrie.

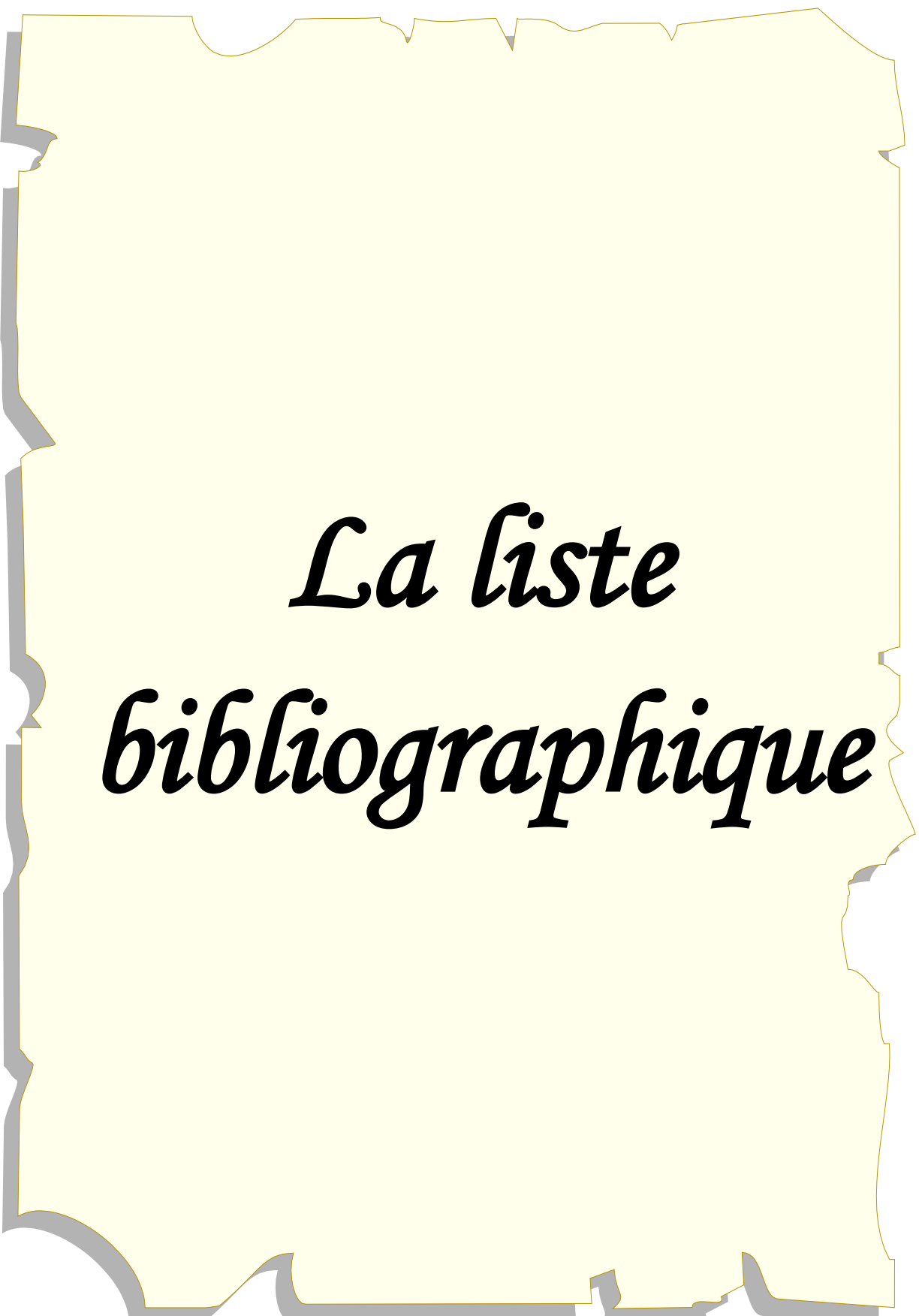
Nous a permis de constater l'influence de la maladie sur le monde imaginaire de l'enfant et son accès au monde symbolique.

L'application de l'activité graphique (dessin libre), et l'entretien clinique, nous a permis d'évaluer l'imaginaire et la fonction symbolique chez ces sujets. Grâce a ces techniques, on a pu déduire que la maladie peut être un facteur qui contribue à une spécificité au niveau de monde imaginaire et la fonction symbolique chez les enfants malade.

On a fait de notre mieux a fin d'achever cette modeste recherche, malgré les difficultés rencontrées, comme le manque d'études faites sur ce sujet, ainsi que les difficultés de trouver des enfants malade qui peuvent contribuer à notre recherche.

La majorité des résultats (5/6) obtenus ont confirmé notre hypothèse générale, ainsi que notre hypothèse partielle. Mais, ils ne peuvent pas être généralisés, car notre population d'étude ne représente pas la population mère.

A partir de notre travail, nous sommes arrivées à décrire le monde imaginaire et la fonction symbolique chez les enfants malade. Mais plusieurs autres thèmes en restent à étudier sur ces. Une étude comparative entre le monde imaginaire chez les enfants sain et les enfants malade pourra compléter nos résultats pour une bonne compréhension de cette fonction.



*La liste
bibliographique*

Bibliographie

➤ **Ouvrages :**

1. BERUBE, L. (1991), **Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement**, Montréal, Éditions de la Chenelière.
2. Carole siebert et katy le Neures (2010) « **psychologie Sociologie Anthropologie** » masson PARIS
3. Castarède. M.F, (2003), « **Introduction à la psychologie clinique** », Ed Belin, Paris.
4. Chahraoui, K. et Bénony, H., (2003), « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**», éd. Dunod, Paris.
5. Chahraoui. Kh, et Bénony.B, (1999), « **L'entretien clinique** », Ed Dunod, Paris.
6. Doron R. et Parot.(2007), « **Dictionnaire de psychologie** », QUADRIAGE/ PUF , Paris.
7. Grawitz, M., (2001), « **Méthodes des sciences sociales** », éd. Dalloz, Paris.
8. Hélène Ricaud et al, « **psychologie de développement, enfance et adolescence** », DUNOD, paris.
9. Jean Piaget, BârbelInhelder, (1966), «**la psychologie de l'enfant**», 1er édition, Puf, paris.
Jean Piaget, 1963, **La naissance de l'intelligence chez l'enfant**, Delachaux et Niestlé, 4 édition .
10. PEDINIELLI, J.L. (2005), **cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladies somatiques)**, cours de Master 2 de psychologie clinique, IED Paris8.
11. Philippe duverger et al. (2011), **psychopathologie en service de pédiatrie**, ELSVIER, masson, imprimé en Espagne.

➤ **Dictionnaires :**

1. Bloch, H. et al. , (1999), « **Le grand dictionnaire de psychologie** », éd. Larousse, Paris.
2. Bloch, et al, (2002), « **Dictionnaire fondamental de la psychologie A-K** », la rousse ,France

3. Jacques Quevauilliers (2009), **dictionnaire médicale, 6eme édition**, ELSEVIER MASSON, Espagnol.
4. Sillamy, N., (2003), « **Dictionnaire de la psychologie** », éd. Larousse, Paris.
5. YBERT, E., JUVAIN, Y., ROUX, P., (2001), **Petit dictionnaire Larousse de la médecine**, 2^{ème} édition, Larousse Bordas, Paris.

➤ **Site internet :**

1. (<http://www.jdheraudet.com>) : 25/01/2015, l'heure : 11H10
2. <http://eduka.free.fr/education/docs/psycho.pdf>: 01/04/2015, l'heure : 11H00
3. https://www.google.dz/search?q=Quelles+relations+entre+l%E2%80%99imaginaire+et+les+apprentissages+scolaires&oq=Quelles+relations+entre+l%E2%80%99imaginaire+et+les+prentissages+scolaires&aqs=chrome..69i57.3415j0j1&sourceid=chrome&es_sm=122&ie=UTF-8 la date : 01/04/2015, l'heure : 10H45



Les annexes

❖ **Annexe 01 :**

➤ **La liste des tableaux :**

Tableau N° 01 : La répartition de l'échantillon selon le sexe :

Sexe	Effectif	%
Garçons	06	100 %
Filles	00	00 %
Total	100%	100 %

L'analyse du tableau n° 01 révèle la dominance de l'effectif masculin, dans notre échantillon, avec un pourcentage de 100%

Annexe N° :02

Tableau n°02 : Echantillon d'études ses caractéristiques :

Groupe de recherche.	Prénom de l'enfant.	L'âge.	Niveau de scolarisation	Le nom de la maladie.
Cas (1)	Racime	9 ans	3eme Année primaire	Purpura
Cas (2)	Toufik	8 ans	2eme Année primaire	Diabète
Cas (3)	Yougorthen	9 ans	3eme Année primaire	Appendice
Cas (4)	Billal	9 ans	3eme Année primaire	abcès
Cas (5)	Anis	5 ans	Préscolaire	Déformation de coude due à une fracture ancienne mal traité
Cas (6)	Hani	5 ans	Préscolaire	L'épilepsie

Annexe N° :03

Le guide d'entretien :

Axe n°1 : Les données personnelles de l'enfant :

1. Qu'elle est le nom de votre enfant ?
2. Qu'elle est son âge ?
3. Qu'elle est son rang dans la fratrie ?
4. Qu'il est le niveau scolaire de votre enfant ?

Axe n° 2: Le développement imaginaire de l'enfant avant qu'il soit malade :

5. Votre enfant est-il née d'une grossesse désirée et attendue ?
6. Aqu'elle âge a-t-il prononcé son premier mot ?
7. A qu'elle âge a-t- il commencé à marché ?
8. Est- il trop attaché à vous ? Où non ?
9. Quand vous le laissé seul, comment il se comporte ?a ce qu'il pleur ? si c'est oui, durant combien de temps ?
10. A ce qu'il aime jouer, ou dessiner ?
11. Est-ce- que il joue seul ou avec les autres ?
12. Qu'elle est son joué préféré ?
13. est-ce-que vous pouvez me décrire comment il joue avec son joué ?

Axe n°3 : Le développement imaginaire de l'enfant après la maladie :

14. Qu'elle est la maladie de votre enfant ?
15. Depuis quand il a atteint cette maladie ?
16. Avez-vous remarquée un changement, au niveau de son comportement après sa maladie ?
17. Est-ce-que il a ramené ses joues avec lui ?
18. Est-ce-que il joue seul ou avec les autre ?
19. Est-ce-que il peut rester seul ?

Annexe N° :04

Tableau n°03 : l'interprétation de dessine libre selon Françoise Dolto.

La Composition	
Analyse.	Interprétations de F. Dolto.
Les bases du dessin sont-elles tracées ?	Le sujet prend-il racine sur quelque chose de solide et de réel dans la vie ?
Le dessin est-il sur un même plan ou d'après plusieurs axes différents ?	N'y a-t-il pas une scission dans la personnalité du sujet ?
Le dessin a-t-il un cadre délimité ?	Le sujet vit-il dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant ?
Quelle est la grandeur de dessin ?	Le sujet est-il sûr de lui, ose-t-il s'exprimer, ne fuit-il pas une partie de lui-même ?
Le Thème	
Analyse	Interprétations de F. Dolto
Y a-t-il une absence totale de personnage, cette absence est-elle constante ?	Le sujet participe-t-il au monde des humains ou vit-il en lui-même ?
Quels sont les animaux représentés et quelle peut être leur signification ? Aime-t-il le monde végétal ? Ses arbres et ses fleurs sont-ils enracinés, coupés, en pleine terre ?	Est-ce la traduction d'instincts agressifs ou la libération d'instincts trop violents qui effraient le sujet ?
Le graphisme et les couleurs	
Analyse	Interprétation de F.dolto.
Les traits sont-ils faibles ou forts ?	Ils révèlent selon les circonstances la timidité, l'inquiétude ou bien la violence, l'assurance de soi ou bien encore un désir de s'affirmer et d'être ?
Les couleurs sombres ou claires, effacées ou violentes ?	Les couleurs nous renseignent sur la tonalité affective du sujet. Les teintes sombres ou effacées correspondent généralement à un

	<p>état dépressif, les claires ou violentes à une humeur moins morose.</p> <p>Les associations que le sujet donne sur les couleurs sont souvent très importantes dans l'interprétation, couleurs « fille » ou couleurs « garçon », couleurs vilaines, tristes, méchantes, que j'aime, que je n'aime pas et qu'untel trouve bien, etc.</p>
--	---

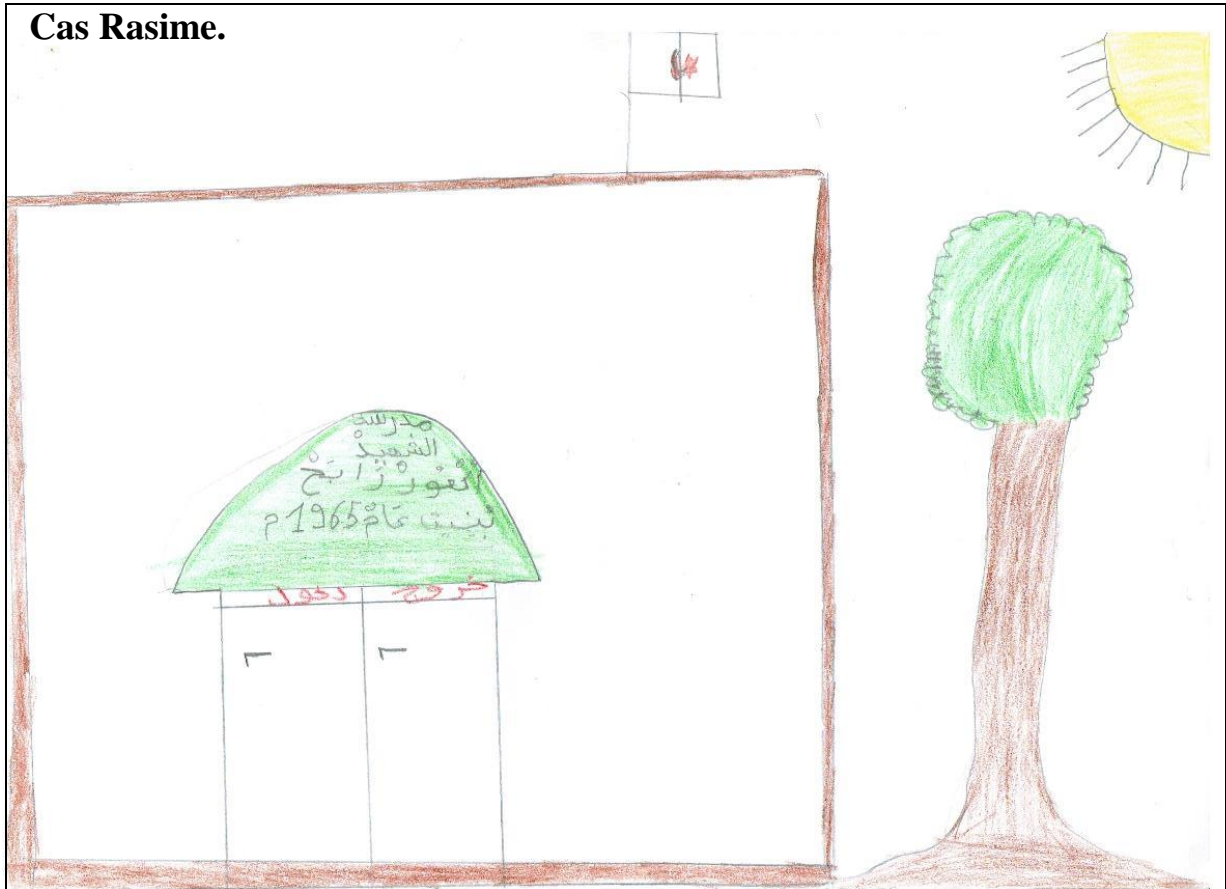
Annexe N° :05

Tableau N° 04 : Propositions d'interprétations de D .widlöcher

couleur	Propositions d'interprétations de D .widlöcher .
Combinaisons de couleur	Certaines combinaisons donnent une impression d'harmonie, de cohérence ; d'autres, au contraire, provoquent un effet heurté.
Couleurs expressives de la lumière et du ciel.	Elles sont toujours solidaires des idées et de vertu, de sagesse divine.
Couleurs chaudes	Elles sont, dans l'ensemble, l'apanage des enfants ouverts, bien adaptés au groupe.
Couleurs neutres	Elles caractérisent les enfants enfermés, indépendants et le souvent agressifs.
Rouge	C'est la couleur préférée des jeunes enfants, plus tard elle exprime des mouvements d'hostilité et des dispositions agressives.
Noir	Il exprime l'inhibition, la peur, l'anxiété.
Orange	Cette couleur exprime souvent eu état d'esprit heureux, détendu.
Brun	Il est souvent lié au besoin de salir.
Vert	Il peut exprime une réaction contre la discipline trop rigoureuse
Violet	Il est souvent lié aux tentions conflictuelles.
Superposition des couleurs	Cela exprime le conflit des tendances.
Isolement des couleurs	Cela témoigne de rigidité et de crainte.
Mélange sans discrimination	Cela témoigne d'immatunité et d'impulsivité.

Annexe N° :06

Cas Rasime.

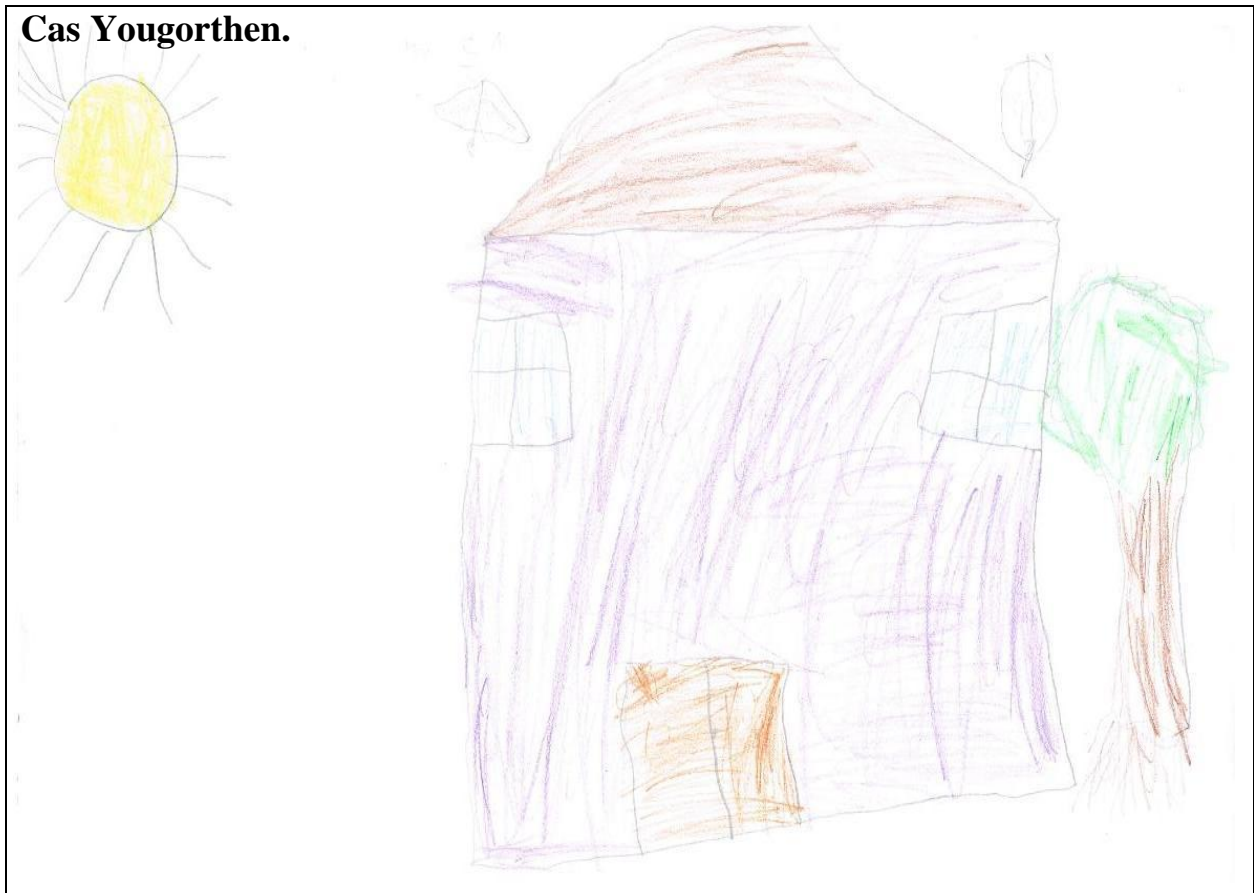


Annexe N° :07

Cas Toufik



Annexe N° :08



Annexe N° :09

Cas billal



Annexe N° :10

Cas Anis



Annexe N° :11

Cas hani.

