

UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA –BEJAIA
Faculté des sciences humaines et sociales
Département : Sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Thème :

**La qualité d'attachement à la mère chez les enfants
infirmes moteurs cérébraux (IMC)**

Etude clinique de 04 cas

Réalisé par :

M^{lle} AOUCICHE Kahina

M^{lle} BENMERAD Amel

Encadré par :

M. HADBI Mouloud

Promotion : 2015/2016

Remerciements

D'abords, nous remercions Dieu, de nous avoir donné la force et la patience pour pouvoir mener ce travail à terme.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect à notre encadreur Mr HADBI.M pour avoir dirigé ce travail, pour ses encouragements, sa compétence et sa disponibilité.

Notre encadreur au sein de l'EHS d'ilmathen Mr MAZOUZI.M pour ses orientations et son aide précieux. Et tout le personnel de l'EHS et les parents des enfants IMC pour leur participation.

Dédicace:

Que ce travail témoigne de mes respects :

A mes chers parents, grâce à leurs tendres encouragements et leurs grands sacrifices, ils ont pu créer le climat affectueux et propice à la poursuite de mes études.

A mes frères et sœur

A mes deux cousine ASMA et AMIRA

A tout mes amis

Et à tous ceux qui m'aiment, et que j'aime.

AMEL

Dédicace:

Je dédie ce mémoire à :

*Mes chères parents pour les sacrifices consentis et qui ont tant
espérer me voir terminer les études, je suis fière de vous avoir comme
parent*

Mes frères LYES, SOFIANE, NASSIM, et AIMAD

Mes sœurs ARBIHA et KARIMA

Mes petites princesses INES et NADIN

*Que ce modeste travail puisse leur exprimer ma profonde
reconnaissance et mon attachement éternel.*

KAHINA

Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Table des matières

Liste des tableaux

Liste des annexes

Liste des abréviations

Liste des figures

Introduction ----- 1

La problématique ----- 4

L'hypothèse ----- 9

L'objectif de la recherche ----- 9

La partie théorique

Chapitre I : le développement de l'enfant

Préambule ----- 12

I. Le développement psychoaffectif ----- 12

1. Stade oral ----- 13

2. Stade anal ----- 13

3. Stade phallique ----- 13

4. Période de latence ----- 14

5. Stade génital ----- 14

II. Le développement cognitif ----- 15

1. Stade de l'intelligence sensori-motrice ----- 15

2.	Stade préopératoire -----	16
3.	Stade des opérations concrètes-----	16
4.	Stades des opérations formelles -----	17
III.	Le développement moteur -----	17
1.	La période prénatale-----	18
2.	La naissance -----	19
3.	La naissance prématurée-----	22
	Conclusion -----	23
Chapitre II : l'infirmité motrice cérébrale (IMC)		
	Préambule -----	25
I.	Le handicap-----	25
1.	Terminologie -----	25
2.	Définition -----	26
3.	Types de handicap -----	26
3.1.	Le handicap mental -----	26
3.2.	Le handicap physique-----	27
II.	L'infirmité motrice cérébrale (IMC) -----	27
1.	Définition -----	27
2.	Etiologie -----	28
2.1.	Les causes anténatales -----	28
2.2.	Les causes néonatales-----	28
2.3.	Les causes post-natales -----	29
2.4.	Autre facteurs de risque -----	29
3.	Symptomatologie -----	29
3.1.	Troubles neuromoteurs -----	29
3.2.	Troubles associés -----	31
4.	La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale-----	33
4.1.	Rééducation fonctionnelle et kinésithérapie-----	33
4.2.	Rééducation psychomotrice-----	34

4.3.	Orthopédie et chirurgie -----	34
4.4.	Orthophonie -----	35
4.5.	La prise en charge psychologique-----	35
Conclusion -----		36
Chapitre III : L'attachement		
Préambule -----		38
I.	La relation d'objet -----	38
1.	Définition -----	38
2.	Statut de l'objet en psychanalyse-----	39
2.1.	L'objet partiel selon M.Klein-----	40
2.2.	L'objet transitionnel selon Winnicott-----	40
II.	L'attachement -----	41
1.	Définition -----	41
2.	Origine de la théorie de l'attachement-----	42
2.1.	Apport des théories de l'apprentissage -----	42
2.2.	Apport des théories éthologiques -----	43
2.3.	Apport de la théorie éthologico-psychanalytique -----	44
3.	La théorie de BOWLBY -----	44
4.	La création du lien d'attachement -----	45
5.	Le système comportemental d'attachement-----	47
6.	Les types d'attachements -----	48
7.	Les facteurs influençant la qualité du lien-----	50
Conclusion -----		52

Partie pratique

Chapitre IV : le cadre méthodologique

Préambule -----		55
1.	La pré-enquête-----	55

2. La méthode de recherche -----	56
3. Le choix de l'échantillon-----	56
4. Les outils de la recherche -----	57
4.1. L'entretien clinique-----	57
4.2. Le test projectif PN-----	59
5. Terrain de recherche -----	66
Conclusion -----	67
Chapitre V : analyse des résultats et discussion de l'hypothèse	
I. Présentation des cas et analyse des résultats du test PN-----	69
II. Discussion de l'hypothèse -----	100
Conclusion générale -----	102
Liste bibliographique -----	105
Annexe-----	107

Listes des tableaux et des annexes

Liste des tableaux

tableau	titre	page
Tableau N° 1	Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche	57

Liste des annexes

annexes	titre	page
Annexe A	Guide d'entretien	108
Annexe B	Test projectif PN de L. Corman	110

Liste des abréviations :

IMC : infirmité motrice cérébrale.

OMS : organisation mondiale de la santé.

EHS : Etablissement hospitalier spécialisé.

Introduction

Introduction :

La naissance d'un enfant, c'est le début d'une histoire : d'abord c'est celle d'une relation entre le nouveau-né et ses parents et ensuite c'est l'histoire de la relation de l'individu, que l'enfant deviendra, avec lui-même. En effet, c'est le début d'un voyage, que l'on appelle « la vie ».

Des sa naissance et même avant, le petit enfant est déjà en voie de devenir un être unique, un individu à part entière, avec sa propre génétique, sa propre personnalité, sa propre créativité, son propre talent et son propre potentiel. Dans le ventre de sa maman et pendant les mois qui vont suivre, il est entièrement dépendant de sa mère pour sa survie, mais déjà il a les yeux grands ouverts sur le petit monde qui l'entoure, il tend bien l'oreille pour ne rien manquer, il goûte aux différentes saveurs de sa vie, il découvre les différents parfums qui l'entourent et veut toucher à tout ce qui attire sa grande curiosité.

Le petit enfant s'aperçoit très tôt qu'il est un être séparé de sa mère. Parfois avec beaucoup d'enthousiasme, parfois avec une grande angoisse, il apprivoise sa différence et son individualité. Pour prendre ses distances face à sa mère et oser explorer son environnement, l'enfant aurait besoin de développer un profond sentiment de sécurité. Ce profond sentiment de sécurité se développerait au fil des

Interactions avec les premiers donneurs de soins de l'enfant. Cette relation primordiale et nécessaire pour l'évolution de l'enfant à autrui est décrite par divers auteurs comme « l'attachement ». C'est un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et sa figure d'attachement.

Le développement de l'enfant commence par la mise en place d'une relation émotionnelle étroite entre l'enfant et sa mère, mais quand l'enfant est porteur d'un handicap, d'une maladie grave ou que les conditions de sa naissance sont traumatiques, les premiers liens avec l'enfant sont source d'insécurité et d'angoisse, l'accordage relationnel peut être difficile, les caractéristiques du handicap peuvent faire éprouver de la discordance dans les bases même de ce qui constitue l'attachement primaire au

lieu d'un plaisir partagé, des inquiétudes et des angoisse marque la rencontre avec l'enfant

Dans notre travail on va essayer de définir la qualité d'attachement présente chez les enfants infirmes moteurs cérébraux.

La première partie contient l'introduction, la problématique et les hypothèses de notre recherche, ainsi que les chapitres introduisant la théorie.

- ✓ Le premier chapitre portera sur le développement de l'enfant : moteur, cognitif et psychoaffectif.

- ✓ Le deuxième chapitre sur l'handicap et l'infirmité motrice cérébrale, on introduira ses types, ses causes et sa prise en charge.

- ✓ Le troisième chapitre parlera de l'attachement, de sa création, de son évolution et de ses types.

La deuxième partie comprend deux chapitres :

- ✓ Le premier chapitre est méthodologique, dans lequel nous allons expliquer la démarche adoptée dans notre recherche, la présentation du lieu et des outils de la recherche.

- ✓ Le deuxième chapitre inclut la présentation et l'analyse des cas étudiés, on suite viendra la discussion des hypothèses. Et enfin on aura une conclusion générale pour finir notre travail.

Pour arriver enfin à confirmer ou à infirmer nos hypothèses, nous avons utilisé un entretien semi-directif portant sur trois axes qui englobe les informations personnelles des enfants, et la nature de leur relation avec leur mère et les autres membres de la famille ainsi que leur comportement avec autrui, on a utilisé le test projectif PN de L.Cornan.

Problématique

Aussi banal qu'extraordinaire, la naissance d'un enfant, touche à quelque chose d'essentiel qui est l'émergence de la vie. Avoir un enfant ce sont des mots que chaque femmes aura le privilège et le bonheur de prononcer, mais il arrive que cet enfant soit différent « pas comme les autres », bizarre, mal formé, en retard...

La naissance d'un enfant handicapé remet en cause un bonheur essentiel à la vie d'une famille: celui de donner la vie. La naissance d'un enfant handicapé est une blessure irréversible, désir frustré des parents dès le départ de cette vie nouvelle. Déception qui peut entraîner diverses réactions souvent incontrôlées, mais toujours empreintes d'une grande douleur qui peut se traduire de multiple façon, culpabilité, enfermement dans la situation, problèmes de couple...

Le handicap de l'enfant découvert dans l'immédiateté de la naissance ou plus tard au cours du développement, quelque soit le moment de la découverte de ce qui touche l'enfant, les liens fondamentaux qui l'unissent à ses parents vont être ébranlé par l'annonce officielle si on peut dire, de l'existence d'altérations fonctionnelles irréversibles chez leurs « petit ». Le handicap chez un enfant, quelle que soit sa gravité, repéré lors de la grossesse ou à la naissance, provoque des perturbations des liens qui, dès la gestation, unissent la mère et son enfant.

Le terme handicapé : un adjectif qualificatif utilisé comme substantif privant ainsi d'emblée l'individu de son identité fondamentale de « personne ».

Est handicapé, toute personnes ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante, et qui sujette a rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

Hesbeen a souligné que le handicap est la situation dommageable liée aux conséquences des obstacles que rencontrent la personne infirme et/ou invalide et ses proches dans le déroulement de la vie quotidienne (Hesbeen W, 1990, p 17),

Il n'existe pas une définition unique du handicap ou des déficiences, ce concept est plus large et complexe :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre des personnes handicapées est en augmentation dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre, soit environ 15 % de la population mondiale (sur la base des estimations démographiques pour 2010). Le handicap est aussi mesuré chez les enfants (0–14 ans), et estimé qu'il concerne 95 millions d'enfants (5,1 %), dont 13 millions (0,7 %) ayant un « handicap sévère ». (Yvon.A et James.L et col, p55)

On distingue classiquement trois types de handicap : les handicaps moteurs, les handicaps sensoriels, et les handicaps mentaux, dont le handicap moteur occupe une place spécifique dans la pathologie médicale, et en tant que déficience motrice, il offre un type de désorganisation de l'activité sensori-motrice (Guidetti M et Tournette C, 2014, p 21).

Actuellement en Algérie il existe deux millions de personnes handicapées, 44% ayant un handicap moteur, dont 28,5% peut être dépisté des 22 semaines de grossesse en ce qui concerne le handicap congénital.

L'infirmité motrice cérébrale (IMC), est la première cause du handicap moteur de l'enfant, il s'agit d'une lésion traumatique acquise avant la maturation du système nerveux central. Le handicap est néanmoins le plus souvent congénital, Les lésions surviennent en effet principalement avant ou pendant la naissance.

Selon Tardieu (1968) et d'autres chercheurs dans le domaine médical démontre que l'infirmité motrice cérébrale ne s'agit ni d'une malformation cérébrale, ni d'une maladie héréditaire, elle résulte de lésions cérébrales précoces (de la conception à deux ans) non héréditaires, stabilisées (non évolutives), responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. Le handicap moteur séquellaire associe à des degrés variables des troubles de la posture et du mouvement.

L'O.M.S a définie la déficience motrice cérébrale comme étant «la perte ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique » et se caractérise par une restriction plus ou moins importante de la motricité volontaire résultant d'une atteinte nerveuse, musculaire ou osseuse. (Bouchloukh M, 2008-2009, p 37).

Aujourd'hui, les infirmités motrices cérébrales n'ont pas changé de définition depuis l'époque de G.Tardieu, il s'agit d'enfant porteur de lésions encéphaliques installées entre la gestation, la naissance et la première année de la vie. (LACERT.Ph, p3).

Des données récentes montrent que la prévalence internationale de cette maladie, touche environ 2 enfants pour 1000 naissance, soit chaque année 1500 atteints en plus (INSERM, 2004), en Europe on compte 650 000 personnes atteintes

Dans notre société et selon les statistiques officielles sur une population de personnes handicapées moteurs élevées à près de 3 millions on compterait entre 25 et 30 milles sujets souffrants d'infirmité motrice cérébrale. Mais malheureusement, nous ne disposons pas de statistiques indiquant la prévalence de ce syndrome, les plus proches possible de la réalité. (Bouchloukh M, 2008-2009, p 15-17).

On doit dire que le développement de l'enfant commence par la mise en place d'une relation émotionnelle étroite entre l'enfant et sa mère, qui est l'attachement, mais quand l'enfant est porteur d'un handicap, d'une maladie grave ou que les conditions de sa naissance sont traumatiques, les premiers liens avec l'enfant sont source d'insécurité et d'angoisse, l'accordage relationnel peut être difficile : les caractéristiques du handicap, peuvent faire éprouver de la discordance dans les bases même de ce qui constitue l'attachement primaire au lieu d'un plaisir partagé, des inquiétudes et des angoisse marque la rencontre avec l'enfant.

L'intérêt apporté aux liens entre l'enfant et ces figures parentales a été partagé par de nombreux chercheurs malgré des théorisations différentes. La notion d'attachement se réfère à la conceptualisation théorique du psychanalyste britannique John Bowlby dans les années cinquante (1907-1990). Pour cet auteur le lien entre

l'enfant est ça mère est l'expression d'un besoin d'autrui primaire, c'est-à-dire non dérivé d'un autre s'appuyant sur des comportements innés qui ont une fonction de protection du bébé incapable d'assurer seul ça survie.

La formalisation des théories de l'attachement trouve son origine dans les travaux des éthologiques et psychanalytiques :

Tout d'abord les travaux de Lorenz(1930) qui décrit un phénomène particulier qu'il rencontre chez certains animaux, l'**empreinte**: il s'agit d'un attachement dans les heures qui suivent la naissance, déterminé de façon inné qui permet d'identifier ces congénère et en particulier sa mère .ainsi que les travaux de John Harlow qui, étudie l'attachement chez les primates. (Guidetti M, 2002, p55).

Ensuite les travaux de R. spitz (1938), qui compare des enfants en crèche dans les prisons avec des enfants en institution et décrit la dépression anaclitique et l'hospitalisme. (Diane.E et Ruth.D, p137)

J.Bowlby(1959) poursuit ces travaux et les transpose à l'enfant humain, après avoir étudié les jeune délinquants, et les enfants hospitalisés, il présente ça théorie de l'attachement.

Mary Ainsworth (1978) développe «la situation étrange» une méthode de laboratoire permettant de classifier les patterns d'attachement en trois catégories, et contribua grandement a la théorie de l'attachement en spécifiant que l'enfant peut développer un attachement de différentes qualités a son donneur de soins, et que cette différente qualité d'attachement va se traduire par un différent sentiment de sécurité. (Papaliai D-E. et Felman R-.D, p129)

« La relation mère enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines et les protéines pour le développement physique », Contrairement a Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation « quoi qu'il en soit, c'est cette libidinalisation secondaire des fonctions neurophysiologiques qui explique l'attachement du bébé à la mère ou au substitut maternel dispensateur de soin » (Bernard.G, p9)

Bowlby relie l'attachement aux besoins de contacts sociaux. L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent. Il se sent plus au moins en sécurité dépendant de la façon dont on répond à ses besoins. D'après Bowlby l'attachement est un besoin instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. L'attachement débute de la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. (Anne B. et Bernadette C, p51)

Pour que les enfants puissent se développer normalement, «il est avant tout nécessaire qu'une relation harmonieuse puisse s'élaborer entre la mère et l'enfant. Or, cette relation ne peut pas être saine et sécurisante quand l'enfant est soumis à des impasses physiques, de naissance traumatique ou de maladies et accidents graves survenus dans les premiers temps de leur vie. Un enfant handicapé est souvent dévalorisé et cette déconsidération affecte l'ensemble de sa personnalité et de ses actes. Le caractère de gravité n'est pas proportionnel à la gravité du handicap lui-même, mais à la façon dont il est vécu par la mère.

Il est connu que l'attachement est un besoin primaire et nécessaire pour l'enfant, de ce fait, nous tentons de saisir dans notre recherche les problèmes ou les complications psychologiques qui pourront survenir ou affecter la qualité d'attachement chez les enfants IMC.

Nous nous sommes posés à ce propos cette question :

- Quel est la qualité d'attachement chez les enfants IMC ?

Hypothèse :

- La qualité d'attachement diffère d'un cas à l'autre selon la nature de soin que l'enfant reçoit

Hypothèses partielles :

- Les enfants IMC présente un attachement sécurisé
- Les enfants IMC présente un type d'attachement insécure.

Objectif de la recherche :

Toute recherche scientifique à des objectifs principaux. On a choisie de travailler sur « La qualité d'attachement chez les enfants IMC », afin d'acquérir le maximum d'information concernant l'infirmité motrice cérébral et découvrir son influence sur la création du lien d'attachement chez les enfants atteint.

Partie
Théorique

Chapitre I

Le développement de l'enfant

Préambule :

Le développement humain est un processus dynamique et continu, qui perdure tout au long de la vie. Tout en maintenant une certaine continuité chaque dimension de la personne, quel soit physique, cognitive, affective, subit de profonds changements, sous les influences respectives et souvent combinées de l'hérédité et de l'environnement. Chacune d'elle se développe en interaction avec les autres faisant alors du développement un processus global. Au fil du temps, différents courants de la pensée se sont intéressés au développement humain, notamment les approches psychanalytique, cognitive et... dont chacune propose un angle particulier essentiel à la compréhension des processus qui le composent.

I. Le développement psychoaffectif :

Pour Freud, à chaque stade de son développement l'enfant investit une partie de son corps qui devient une zone érogène. Le degré ou la qualité du plaisir sexuel procure ainsi que la façon dont chaque stade est franchi aura une incidence sur la personnalité de l'enfant. Pour Freud la mère joue un rôle fondamental puisque elle représente pour l'enfant le premier objet d'amour et que la nature de leur relation teintera les relations de l'enfant avec son entourage pour le reste de sa vie.

1- Stade orale (de la naissance à 18 mois):

La zone érogène investie est la bouche, le nouveau-né et durant les premiers mois de sa vie tout entier dans la recherche du plaisir et de fuite de la douleur, cette période est consacrée à la préhension, prise d'aliment, le sein de la maman constitue son premier libidinal venant assouvir ses besoins fondamentaux alimentaires mais aussi sensuel (plaisir érogène de la zone buccale), à ce stade du point de vue du nourrisson sera alors en quelque sorte autoérotique, tout en restant proche de la théorie freudienne, Mélanie Klein a introduit le concept d'objet partiel (bon/ mauvais sein).

L'objet primordial du nourrisson était le sein maternel, il est aussi son objet psychique majeur et se retrouve le premier à être imaginativement divisé en deux objets distincts : il est clivé en bon sein et mauvais sein. (ALEX.R, 2000, p 319)

2- Stade anale (18mois à 3 ans) :

L'organisation anal ne renvoie pas seulement à la prépondérance d'une zone érogène, mais désigne un système de pensée conscient et inconscient se référant au fonctionnement de la pulsion considéré, ce stade est consacré à la maîtrise ou à l'emprise, dans cette phase l'enfant va acquérir la possibilité de ce qui sort de lui, et éprouve des sensations riches au niveau des sphincters urinaire et intestinal.

C'est au stade anal qu'apparaît le couple des pulsions sadiques qui est l'indifférence aux traitements de l'objet « fécalisé » et la pulsion masochique qui consiste la soumission à la demande. (Alexe.R, 2000, p 399)

- **Phase sadique anal** : expulsive, qui couvre le troisième semestre de la vie. L'autoérotisme narcissique est ici évident mais il se colore d'une dimension, sadique en ce sens que l'expulsion intempestive d'objet détruit, prend la valeur d'un défi envers l'adulte.
- **Phase masochique anal** : rétentive, couvre le quatrième semestre de la vie. C'est la recherche active d'un plaisir passif lié à la rétention des matières fécales, plaisir qui n'est toute fois pas exempt d'un certain sadisme en ce que l'enfant conserve en lui ce que l'adulte considère comme précieux et attend comme un cadeau. (Bernard. G, 2015, p 14)

3- Stade phallique (3ans à 5ans) :

Ce stade est dénommé par Freud, correspond au temps du déploiement du complexe d'Oedipe, le caractère principale de ce stade est « l'organisation génital infantile », il existe un primat de phallus, c'est à ce stade que se manifeste la curiosité sexuelle infantile. L'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes, c'est-à-dire de la présence ou de l'absence du pénis. ce stade va être en quelque sorte une période de déni de cette différence et ceci tant chez le garçon que chez la fille. le

garçon va nier la castration par la négation du sexe féminin ou par le maintien de la croyance en une mère pourvu de pénis. L'organe génital joue un rôle déterminant pour les deux sexes dans le déroulement du complexe de castration, J. Lacan souligne que le complexe de castration tourne autour de l'angoisse de castration pour le garçon et l'envie du pénis chez les filles dans le cadre de rivalité avec les parents du sexe opposé. (Alexe R. 2000, p 412)

Le stade phallique correspond au moment culminant et au déclin du complexe d'Oedipe, le complexe de castration y est prévalent.

L'existence d'une phase phallique a un rôle essentiel : le déclin de l'Oedipe dans le cas du garçon est conditionné par la menace de castration et celle-ci doit son efficacité d'une part à l'intérêt narcissique que le garçon porte à son propre pénis, d'autre part à la découverte de l'absence du pénis chez la fille. (Laplanche J. et Pantalès J-B, 1996, p460)

4- Période de latence (5-6 ans à 12ans) :

Période qui va du déclin de la sexualité infantile jusqu'au début de la puberté et marque un temps d'arrêt dans l'évolution de la sexualité. On y observe de ce point de vue une diminution des activités sexuelles, la déssexualisation des relations d'objet et des sentiments, l'apparition de sentiment comme la pudeur et le dégoût, et d'aspiration moral et esthétiques. Selon la théorie psychanalytique, la période de latence trouve son origine dans le déclin du complexe d'Oedipe, elle correspond à une intensification du refoulement qui a pour effet une amnésie recouvrant les premières années, une transformation des investissements d'objet en identifications aux parents, un développement des sublimations. (Laplanche J. et Pantalès J-B, 1996, p220)

5- Stade génital :

Stade du développement psychosexuel caractérisé par l'organisation des pulsions partielles sous le primat des zones génitales, cette période est centrée par une crise narcissique et identificatoire avec des angoisses intenses quant à l'authenticité et l'intégrité de soi, du corps et du sexe. Parallèlement aux modifications physiques et

somatiques bien connus, on assiste à des urgences pulsionnelles massives qui viennent déséquilibrer les rapports entre les instances intrapsychiques. On décrit alors une réactivation de la problématique œdipienne avec déplacement sur les substituts parentaux idéalisés (professeur, artiste), mais aussi une réactivation des problématiques prégénitales et notamment orale (anorexie mentale, toxicomanie, tabac). C'est en effet à ce stade que le choix de l'objet sexuel va se trouver définitivement fixé. (Bernard G, 2015, p 19)

II. Le développement cognitif:

Piaget définit quatre périodes principales dans le développement de l'enfant, chaque période se caractérise par une structure d'ensemble, et correspond à un palier d'équilibration. Il se succède dans le même ordre pour tous les enfants, le développement cognitif se construit en même temps que le développement affectif et moteur de l'enfant.

1. stade de l'intelligence sensori-motrice de 0 à 2 ans:

Ce stade correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé. Il est caractérisé par l'exercice des actions sensori-motrices. L'intelligence qui va se manifester à la fin de la première année est due à la mobilité des schèmes, mais c'est une intelligence qui n'est encore que pratique (liée à l'action). À la fin de la deuxième année, les représentations mentales naissantes vont permettre à l'enfant de manipuler en pensée et non seulement en action. Elles vont donc permettre une intériorisation des actions.

Ce stade a six sous-stades:

➤ **Sous stade 1 (0 à 1 mois):** correspond à l'exercice des réflexes héréditaires qui s'applique sur un objet et qui s'étend vers un autre (par exemple la succion). Le bébé est capable de répéter et généraliser, c'est un bébé fondamentalement actif qui est décrit sous l'impulsion de trois formes d'assimilation définies: fonctionnelle, génératrice et reconnaissante

- **Sous stade 2 (2 à 4 mois):** ce stade est celui des premières habitudes acquises "les réactions circulaires premières", cet exercice aboutit au maintien ou à la découverte d'un résultat nouveau, résultat découvert sur le corps propre de l'enfant, l'intelligence du bébé émergera avec l'intentionnalité, c'est à dire la poursuite d'un but posé et la recherche des moyens appropriés parmi les schèmes possible.
- **Sous stade 3 (4 à 9 mois):** réaction circulaire secondaire, il s'agit de la découverte d'un résultat nouveau et intéressant, comme au stade précédent mais cette fois-ci découvert par hasard dans le monde extérieur. Ce stade marque la coordination entre la vision et la préhension.
- **Sous stade 4 (9 à 12 mois):** ce stade est marqué par la coordination des schèmes secondaire et application à de nouvelles situations, l'enfant doit trouver lui-même des moyens pour arriver à son but.
- **Sous stade 5 (12 à 18 mois):** ce stade se caractérise par des réactions circulaires tertiaires, l'enfant découvre des moyens nouveaux par expérimentation active.
- **Sous stade (18 mois à 2 ans):** ce stade est caractérisé par l'apparition de la fonction symbolique, l'enfant invente de nouveaux moyens par combinaison mentale, parmi lesquels on trouve le langage. Le jeu, le dessin.

2. stade préopératoire de 2 à 6 ans:

C'est une période de préparation aux opérations concrètes qui débute avec la fonction symbolique ou sémiotique et qui s'articule autour de l'imitation différée, du jeu symbolique, de l'image mentale, du dessin et du langage.

3. stade des opérations concrètes de 6 ans à 11-12 ans:

L'enfant accède aux opérations caractérisées par la réversibilité de la pensée mise en évidence dans la conservation physique spatiale et numérique.

4. stade des opérations formelles de 11-12ans à 15ans:

Phase d'autonomisation ou il s'agit de se libérer des structures immédiates concrètes pour les situer dans l'ensemble des possibles. L'enfant devient la formalisation, la forme de son raisonnement se dissocie du contenu auxquels il s'applique. il développe ainsi une logique formelle et son raisonnement devient hypothético-déductif (capable de formuler des hypothèses et les soumettre à la vérification). (Olivier h.et Gaëlle I, p 60-69).

III. Le développement moteur :

Le développement moteur au cours de la vie constitue un aspect de l'ontogenèse humaine renvoyant au développement de l'individu, depuis sa naissance jusqu'à sa mort. Motricité et développement sont en étroite relation et s'influencent mutuellement.

Généralement le développement est défini comme «le passage progressif des stades inférieures aux stades supérieurs d'un état élémentaire à un état plus complexe».

Lorsque l'on parle de motricité, les termes développement et maturation reviennent souvent. La maturation est définie comme « le processus par lequel se produit l'évolution morphologique et fonctionnelle des individus d'une espèce sous-tendue par un programme génétique contrôlant les étapes et les formes de changement, évolution d'un organisme vers un état adulte ».

Chaque âge a ses particularités concernant le développement moteur. Aux phases de développement rapide, succède des phases de développement plus lent ou stagnant. On assiste tout d'abord dans l'enfance et l'adolescence à une rapide augmentation de la capacité de performance motrice, suivie d'une phase de rétention à l'âge adulte avec un plateau, puis vers 40ans à une phase d'involution progressive (régression).

La motricité ne s'améliore pas de manière homogène. La capacité de coordination se développe avant la coordination physique compte tenu de la croissance nettement plus rapide du cerveau que du corps. (Paquet Y.et Antonini Philippe R, 2009, p. 23).

L'apparition des mouvements d'un fœtus ou d'un nouveau-né est programmée génétiquement dès la constitution des premières cellules musculaires. In utero, c'est tout d'abord un apprentissage automatique d'une fonction. Puis ces mouvements deviennent, au fil de la grossesse et surtout après la naissance, une réponse à une stimulation sensorielle, à une sensation, que celle-ci vienne de l'extérieur ou du propre corps de l'enfant, qu'elle soit positive et agréable, ou négative et souvent douloureuse. Ainsi, ces réactions motrices reflètent l'expression de l'intérêt, de l'ouverture, ou au contraire de la fermeture au monde qui l'entoure, de la satisfaction, du plaisir, de la souffrance, de la douleur physique ou psychique. Cette motricité se manifeste depuis la simple expression d'un visage, d'un regard, une succion, jusqu'à des mouvements complexes du corps et des membres, depuis une immobilité partielle ou totale, jusqu'à une hyperactivité. (Paquet Y. et Antonini Philippe R, 2009, p. 25).

1- La période prénatale :

Avant la naissance, l'appréciation par la mère des mouvements actifs de son enfant dans le ventre, s'avère de très longue date un élément essentiel de l'analyse du bien-être fœtal. Cela le reste encore.

In utero, dès les premières semaines de gestation, la motricité automatique réflexe est harmonieuse et globale, concernant l'ensemble du corps, tous les muscles, depuis l'apparition des premières fibres musculaires. Les examens échographiques montrent l'évolution de la motricité anténatale. Ces mouvements du fœtus sont simples ou complexes, localisés ou globaux, observés dès la fin de la période embryonnaire, soit aussi précocement que douze semaines d'aménorrhée (SA). Ils se poursuivent à l'identique tout au long de la gestation.

On retrouve à 12 SA :

- des mouvements du tronc, de la tête, des membres, en flexion, extension et torsion ;
- au niveau des membres supérieurs, une flexion-extension de toutes les articulations, une pronation et supination des poignets, une ouverture et fermeture des mains. Celles-ci explorent les parois utérines, le corps et plus particulièrement le crâne, le

visage (bouche, yeux, oreilles, front), et au repos elles se positionnent préférentiellement devant la face ou la poitrine ;

- au niveau des membres inférieurs, on peut observer les mouvements de flexion-extension des hanches, genoux et chevilles, mais toujours dans un axe sagittal ;
- les mouvements de déglutition, les mouvements oculaires, les expressions du visage sont déjà présentes.

À 22 SA : l'ensemble de ces mouvements sont retrouvés. Ils sont de plus en plus déliés, harmonieux et vigoureux.

Jusqu'à terme l'évolution de cette motricité se fait vers un renforcement du tonus de base, de la force musculaire, mais le fœtus commence à être entravé par la limitation de la cavité utérine, la diminution relative du liquide amniotique, surtout au-delà de 37 SA.

Toute contrainte physique *in utero* (oligoamnios, voire anamnios, malformation utérine) aura des conséquences : modification et déséquilibre dans les longueurs musculaires, restriction des articulations, déformations osseuses. Souvent spectaculaires mais sans gravité, parfois mortelles quand la cage thoracique est touchée et ne peut se développer. Toute maladie neuromusculaire grave entraînera une immobilité fœtale, des anomalies articulaires en résulteront, ainsi qu'un arrêt ou une diminution de la déglutition et donc un excès de liquide amniotique.

En dehors des affections génétiques, un mal-être physiologique, quelle qu'en soit la cause, aura des répercussions sur cette mobilité : diminution d'amplitude, de force, de fréquence. Cette diminution des mouvements actifs est le premier symptôme que l'on enseigne aux futures mères comme une alarme témoignant de difficultés du bébé, et dès lors comme une nécessité de se rendre en urgence dans une maternité. (Hernandorena X, 2011, p.80).

2- la naissance :

Au départ, le bébé a une motricité globale dont les décharges sont généralisées à tout le corps. Certains parlent de « relation tonico affective ». L'enfant communique par le biais de son « tonus ».

L'activité motrice s'affirme pour devenir de plus en plus fine, élaborée et plus localisée.

L'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. Ces progrès ne sont pas uniformes et continus.

Cette maturation se réalise par des progressions rapides mais également par des stagnations, des arrêts voir même des régressions.

L'ordre de maturation est d'une remarquable constance. Le développement psychomoteur se réalise à partir de 2 lois fondamentales :

- Loi céphalo caudale : le contrôle musculaire s'achemine de la tête aux pieds.
- Loi proximo distale : le contrôle musculaire s'achemine du centre vers la périphérie.

Chez le nouveau né, le S.N.C est organisé suivant une dominance des réactions négatives de défense et de retrait, qui se traduisent par l'hypertonie des fléchisseurs et par des mouvements globaux de tout le corps.

L'organisation et le choix d'une repense positive demandent l'inhibition de ces réactions de défense et de retrait. Les premières acquisitions d'activités motrices posturales sont dépendante des reflexes vestibulaires, des canaux semi-circulaires et des otolithes qui influent sur les réactions de redressement et le maintien des postures.

L'enfant, vers 12 mois, marche non pas parce qu'il « apprend à marcher » mais parce qu'il a inhibé les reflexes primitifs qui empêchaient l'apparition de la marche spontanée. (Hernandorena X, 2011, p.82).

La maturation est progressive. On observe :

- À la naissance : dominance du tonus musculaire des fléchisseur, première motivation de la préhension visuelle, aucune motricité volontaire.

- Vers 3 mois : synergie des yeux et des mains, le bébé découvre ses main, les remues et les regardes
- Vers 4 mois : préhension globale volontaire, et début de la coordination visuo-manuelle.
- Vers 6 mois : en décubitus dorsal, redresse la tête
- Vers 9 mois : la dominance du tonus musculaire des fléchisseurs est inhibée, les mécanismes de dérotation apparaissent.
- Vers 15 mois : acquisition de l'équilibre statique(en absence de déplacement) et dynamique (en cours de déplacement). (Hernandorena X, 2011, p.83).



0 mois

Position
fœtale



1^{er} mois

Menton
Levé



2^{ème} mois

Poitrine
décollée, tête
tien droite



4^{ème} mois

Le bébé tient
assis avec aide



5^{ème} mois

Le bébé
participe
activement au
mouvement



7^{ème} mois

Le bébé est
capable de
s'asseoir seul



8^{ème} mois

Le bébé
commence à
tenir debout
avec aide



9^{ème} mois

Le bébé tient
debout
appuyer aux
objets



12^{ème} mois

Le bébé se
hisse debout



14^{ème} mois

Le bébé tient
debout seul.

3- Naissance prématurée :

Le retentissement est considérable, notamment pour un prématuré.

Si un fœtus de 24 SA peut se mouvoir sans difficulté dans l'eau, le même prématuré né à 24 SA aura le plus grand mal à exprimer ses capacités motrices dans l'air ambiant, en raison de la pesanteur et de sa faiblesse musculaire physiologique. Dans l'eau le corps est maintenu, dans l'air ce corps est écrasé.

Sans contenant, le prématuré s'étale au maximum, la tête est incapable de passer d'un côté à l'autre, les membres inférieurs se placent sur le même plan que le tronc, sur les côtés, les genoux fléchis en position, Cette position, totalement antiphiologique, serait considérée comme une malposition sévère si on l'observait chez le fœtus. Elle a des conséquences redoutables pour les muscles, les tendons et les os. Et pourtant, elle a longtemps été admise comme banale chez le prématuré.

Sans compter les difficultés d'adaptation cardiaques, respiratoires, nutritionnelles et autres problèmes qui seront à l'origine d'une inhibition de la motricité spontanée, rajoutant à la faiblesse naturelle un autre facteur d'immobilité.

Par ailleurs, autre nouveauté postnatale, chez le nouveau-né s'approchant du terme, certains réflexes dits « archaïques » d'origine médullaire, inexistantes en anténatal, essentiellement le réflexe de Moro, réaction motrice parasite liée à une brusque tension de la nuque, vont modifier l'apparence de la motricité spontanée naturelle du bébé en la rendant brusque et inconfortable, sinon douloureuse.

Chez le prématuré, les nouvelles stimulations sensorielles durant et après la naissance ne sont pas prévues dans le programme de développement neurocomportemental. D'un seul coup, brutalement, des nouvelles sensations lui arrivent, notamment auditives, visuelles et tactiles. Des réactions motrices nouvelles vont en découler, ceci d'autant plus que ces stimulations provenant de l'environnement et des soins seront sources de stress et de douleur. Ainsi, une motricité inconnue chez le fœtus de même terme va s'exprimer. (Hernandorena X, 2011, p.85).

Conclusion :

Le développement de l'être humain est un processus évolutif permanent, depuis la conception, la naissance jusqu'à l'âge adulte. Pour atteindre la maturité et l'intégrité tant physique que psychique de la personne, il est nécessaire de maintenir la continuité et la combinaison des dimensions motrice, cognitive et affective.

Chapitre II

L'infirmité motrice cérébrale

(IMC)

Préambule :

L'unité corporelle dynamique est un ensemble anatomo-physiologique périphérique, qui conditionne la fonction articulaire, mais lorsque la relation harmonieuse de ses composants est perturbée ou une de ses structures est lésée, la disjonction ou la perte de la fonction apparaît en donnant un handicap.

Les classifications des divers handicaps distinguent habituellement les handicaps mentaux de handicaps physiques qui occupent une place spécifique dans la pathologie médicale, et qui marquent un usage concret et excessif, dans nos jours. Parmi les handicaps physiques on distingue l'infirmité motrice cérébrale.

I. Le handicap :

1. terminologie :

Le terme «handicap»(littéralement "*hand in cap*" en anglais signifie "la main dans le chapeau") apparaîtrait pour la première fois au XVI siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : "handicapé un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire ,ou en obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants"

Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur les morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom du vainqueur.

La notion de handicap fait en tout cas l'objet de controverses non encore éteintes depuis plus d'une vingtaine d'années entre les partisans d'une approche médicale pour qui le handicap est envisagé comme la conséquence d'une atteinte de l'intégrité corporelle et ceux d'une approche socio-environnementale pour lesquels le handicap résulte de la confrontation d'un individu particulier avec les exigences de son environnement.(GUIDETTE M. TOURETTE C, 2014,p17-18).

2. définition :

Le grand dictionnaire de la psychologie définit l'handicap comme: « L'handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à l'autre personne ». (Hettall B, 2005, p421).

Selon René Lenoir 1975 : « Est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité » (Romain Liberman, 2013, p36)

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées propose la définition suivante « le handicap est toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». (Romano H, 2011, p 43)

3. Type de handicap :

Les origines et les manifestations d'un handicap peuvent être multiples.

Ses types peuvent être envisagés selon leur nature, on distingue classiquement deux catégories :

3.1. Le handicap mental

L'handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelles (altération des fonctions cognitives et trouble de l'apprentissage du langage, de l'écriture) ou affective (répercussions sur la vie relationnelle, le comportement, la communication) entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérée comme normale, pour un être humain déterminé exclusivement par

un médecin spécialiste dans l'handicap mental ou psychiatrique. (Romano H, 2011, p49).

3.2. Le handicap physique :

Déficience motrice (expression et évolution très variable), déficience viscérale et générale (par exemple, les conséquences physiques liées à des insuffisances rénales, cardiaques ou respiratoire) et déficiences sensorielles (auditive, visuelle, langagière). (Romano H, 2011, p50).

II. L'infirmité motrice cérébrale :

1. Définition :

Le terme d'infirmité motrice cérébrale a été proposé par Guy Tardieu en 1954. Pour distinguer les sujets porteurs de séquelles motrice de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathes atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés (Guidetti M. et Tourrette C, 1999, p29)

Comme son nom l'indique, les enfants IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne, ou la parole. Ce trouble est du à des paralysies, des faiblesses musculaires, ou encore des raideurs musculaires.ils est décrit soit en fonction de la nature du trouble dominant soit en fonction de la localisation de l'atteinte

Le docteur Veronique L estime que l'atteinte cérébrale a cependant suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation. Il s'agit des séquelles qui sont purement motrices et qui permettent la conservation de l'intelligence. Cette définition exclut donc les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale, regroupé sous le terme d'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) et les enfants polyhandicapés. (Veronique.L,2002, p153)

L'infirmité motrice cérébrale entraîne des perturbations du tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. Les atteintes qui en résultent sont diverses sur le plan topographique : localisation quadriplégique (quatre membres touchés), diploégique (deux membres), ou hémiploégique (atteinte d'une moitié du corps).

2. Etiologie

L'infirmité motrice cérébrale n'a pas une cause unique, deux étiologies principales sont à l'origine : la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestation : les nourrissons prématurés sont particulièrement vulnérables, probablement en raison de l'immaturité des vaisseaux cérébraux qui ont tendance à saigner aisément) et la souffrance fœtale aiguë périnatale. En effet, ces deux phénomènes sont souvent combinés.

Un certain nombre de facteurs étiologiques intervenant, avant, pendant, ou après la naissance accroissent les risques d'infirmité motrice cérébrale :

2.1 Les causes anténatales :

- un accident vasculaire cérébral : les données actuelles tendent à montrer qu'il s'agit plus souvent d'une série de conditions anténatales sous-optimales que d'un seul accident
- une infection du fœtus ou fœtopathie (toxoplasmose, cytomégalovirus...)
- une malformation cérébrale

2.2 Les causes néonatales :

- une prématurité : naissance avant 37 semaines d'aménorrhée
- un ictère nucléaire : la lésion cérébrale peut être provoquée par un traumatisme obstétrical (accouchement difficile) ou par une hypoxie (diminution de l'apport d'oxygène)

2.3 Les causes post-natales :

- une infection : séquelle de méningite, encéphalopathie liée aux virus du sida
- un traumatisme : accident de la voie publique, syndrome de Silverman

- un traitement de tumeur : lésion secondaire à l'intervention chirurgicale ou à la chimiothérapie

-une maladie métabolique

2.4 Autre facteurs de risque :

Certaines maladies maternelles ou accidents au cours de la grossesse peuvent compromettre la perfusion sanguine du cerveau fœtal et occasionnellement favoriser ou provoquer des accidents ischémiques, c'est le cas de diabète, de l'hypertension artérielle chronique, de l'éclampsie, d'une cardiopathie grave ou des difficultés obstétricales majeures. (Lyon G et Evrard P, 2010, P58)

3. symptomatologie :

3.1 troubles neuromoteurs :

La symptomatologie est d'abord motrice, elle dépend de la localisation de lésion. Sur la base de critères cliniques, on classe habituellement les infirmités motrices en spastiques (hypertension musculaire), athétosiques (mouvements incontrôlables de type choréiques) et ataxiques (mouvements imprécis et dysharmonieux). Ces troubles peuvent atteindre de manière unique ou associée les quatre membres, le tronc ou le visage (Cahuzac, 1980, Beucher, 1990).

3.1.1. Le syndrome spastique :

C'est la forme la plus répandue, la spasticité est le principal symptôme neurologique observé chez 75% environ des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale. Elle se caractérise par la libération d'activités motrices réflexes normalement inhibées par le cortex pyramidal, lésé dans le cas de ce syndrome. Elle touche les muscles les plus sollicités, les muscles fléchisseurs au niveau des membres supérieurs et les extenseurs au niveau des membres inférieurs. Il en résulte un déséquilibre entre les muscles agonistes, qui ont tendance à se rétracter. Les symptômes neurologiques les plus marquants sont la rigidité du mouvement et l'incapacité de relâcher les muscles.

En fonction de la localisation et de la diffusion de l'atteinte, on distingue :

- La quadriplégie spastique : C'est une atteinte grave de quatre membres pouvant être associée à une atteinte du tronc.
- Le syndrome de Little : C'est l'atteinte de deux membres inférieurs.
- L'hémiplégie : C'est l'atteinte des membres supérieurs et inférieurs du même côté. Le pied est en extension et le membre supérieur est en flexion.

L'étude rétrospective concernant la prévalence des handicaps donne les répartitions suivantes pour les différentes formes cliniques de l'infirmité motrice cérébrale : l'hémiplégie concerne 33% des sujets atteints d'infirmité motrice cérébrale, la déplégé 21,3%, la tétraplégie 28,2% et d'autre types 17,5%. (Guidetti M et Catherine Tourrette C, 1999, P 31).

3.1.2. Le syndrome athétosique :

Il résulte d'une atteinte des noyaux gris centraux et se caractérise par l'existence de mouvements involontaires, lents, arythmiques, irréguliers et de petite amplitude. On observe des mouvements spasmodiques incontrôlés qui parasitent l'action volontaire. Cette agitation est manifeste au niveau des membres et de la tête, elle peut s'accompagner d'une incontinence salivaire et de mouvements de reptation de la langue.

Environ 10% des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale souffrent d'athétose.

3.1.3. Le syndrome ataxique :

Il est beaucoup plus rare et dû à une lésion du cervelet. Il se caractérise par des troubles de l'équilibre et de la marche, ainsi que des troubles de la coordination des mouvements élémentaires et complexes. Ces symptômes sont présentés chez environ 5% des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale.

3.2. Les troubles associés :

3.2.1. Les troubles intellectuels :

Du fait des lésions cérébrales précoces et selon leur étendue et leur localisation, c'est aussi le fonctionnement intellectuel mais de façon non systématique qui peut être affecté chez l'enfant IMC, La déficience intellectuelle et les possibilités d'apprentissages sont très variables d'un enfant IMC à l'autre : certains peuvent poursuivre des études supérieures, alors que d'autres ne seront jamais capables d'apprendre à lire. Les troubles moteurs pouvant également atteindre la parole. L'intelligence des enfants IMC peut être appréciée par des épreuves composites classiques comme les épreuves de Wechsler, la répartition des niveaux intellectuels est la suivante : 50% ont un QI inférieur à 70 (il s'agit de la limite supérieure de la déficience intellectuelle), 25% un QI compris entre 70-89, et 25% un QI supérieur ou égale à 90 (proche de la moyenne)

Les auteurs divergent sur l'association entre déficit intellectuel et nature du trouble moteur. Pour Robaye-Geelen les enfants spastiques auraient plus fréquemment un trouble intellectuel associé que les enfants athétosiques alors que pour Arthuis (1991), l'intelligence est en général préservée dans les diplégies spastiques et les dystonies athétosiques, un retard mental est observé chez la moitié des sujets hémiplésiques et chez une majorité d'enfant ataxique (Guidetti.M et Tourrette.C, 1999, p 33).

3.2.2. Les troubles du langage :

Ces troubles décrits avec précision par Rondal et Seron (1982, p361), ils sont d'origine diverse et peuvent résulter de l'atteinte motrice, qui touche également les muscles et l'appareil phonatoire. Ils concernent essentiellement la parole : soit l'enfant ne parle pas du tout, soit il parle mal. Dans ce cas, le positionnement de la voix peut être affecté, elle peut être trop grave chez l'enfant athétosique, trop haute chez l'enfant spastique. On note également des troubles de l'articulation et du rythme de la parole (bégaiement). (Guidetti.M et Tourrette.C, 1999, p 34).

3.2.3. Autres troubles qu'intellectuels :

a- L'épilepsie :

Ces crises de convulsions avec perte de connaissance concernant, suivant la nature des atteintes, entre 20 et 60% des cas d'infirmité motrice cérébrale. Elle est plus fréquente chez les spastiques que chez les athétosiques ou elle est rare, et plus fréquente dans les hémiplésies que dans les diplésies.

b- Les troubles instrumentaux :

Des troubles de l'organisation gestuelle et motrice sont fréquents : ce sont des troubles de l'exécution du geste, des difficultés de freinage, de contrôle ou de parasitage du mouvement par des contractions involontaires. (Guidetti.M et Tourrette.C, 1999, p 35).

3.2.4. Les déficits sensoriels :

A- Les déficits auditifs :

Il s'agit d'une surdité ou d'une hypoacousie sélective qui ne touche que certaines fréquences du champ auditif en amputant préférentiellement les aigus, ce qui permet une réaction à peu près normale à la voix et retarde d'autant le diagnostic. Selon certains auteurs (Helias, 1990), (25%) des enfants IMC seraient atteints de surdité ou d'hypoacousie, essentiellement (74%) chez les athétosiques, en petit nombre chez les enfants spastiques (19%). Ce sont toujours des surdités de perception, non améliorables par la chirurgie mais souvent appareillable.

B- les déficits visuels :

L'infirmité motrice cérébrale peut toucher aussi les muscles oculaires, 69% des enfants IMC sont atteints de strabisme (D'Heilly, 1990), en particulier les enfants diplésiques, ceci permet de comprendre que 20% des IMC sont atteints d'amblyopie unilatérale, 11% d'amblyopie bilatérale.

C- Les troubles de la sensibilité :

Sont pas rares chez les hémiplésiques, il s'agit en général de trouble du transfert intermodal ou astéréognosie, ils ne peuvent reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue. (Guidetti.M et Tourrette.C, 1999, p 37).

4. La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale :

Le traitement de l'enfant IMC doit tenir compte de la globalité de l'enfant. Si l'objectif de la marche est essentiel il n'en est pas pour autant l'unique objectif du traitement. L'enfant doit aussi être aidé dans la manipulation des membres supérieurs (ergothérapie, psychomotricité), il doit communiquer correctement (orthophonie, psychomotricité), on doit pouvoir l'aider dans ses apprentissages scolaires (neuropsychologue, ergothérapeute) et il doit être accompagné pour faire face à sa différence (psychologue).

La prise en charge de la personne IMC est complexe. Elle doit se réaliser dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire intégrant :

4.1. La rééducation fonctionnelle et kinésithérapie :

C'est une thérapie médicale qui vise une réparation globale et possible, étalée dans le temps, des fonctions motrices du sujet atteint ou du malade à travers une batterie de techniques de rééducation s'appuyant sur des exercices passifs et /ou actifs de dynamisation motrice et corporelle.

La kinésithérapie, reste le premier traitement prescrit, et accompagne toujours les autres traitements. Il est très important qu'elle soit appliquées dès que le diagnostic d'IMC est posé et qu'elle soit poursuivies sans relâche jusqu'à la fin de la croissance de l'enfant. C'est une thérapie par le mouvement, son objectif est de permettre, par des mouvements, le travail sur les organes déficients du corps afin de les développer et récupérer leur mobilité. Elle permet de donner au malade une meilleure utilisation de sa fonction musculaire, et faciliter l'acquisition d'un mode autonome de déplacement. (Chabrol B et Haddad J, 2006, p 66)

4.2. La rééducation psychomotrice :

Pendant les premières années de sa vie, le développement de l'enfant IMC ne peut pas traverser les mêmes étapes que celui des autres enfants car il ne peut pas appréhender son environnement de la même manière. Il a plus de mal à découvrir le monde qui l'entoure, à expérimenter les objets ou à communiquer. Vivant dans un univers flou et instable, il a beaucoup de difficultés à acquérir des notions de base telles que la permanence des objets ou les relations spatiales. Le rôle capital du psychomotricien est de lui faire acquérir un nouveau regard sur son corps et sur sa relation au monde extérieur. Il a pour but de corriger le déficit sensori-moteur de l'enfant IMC en lui redonnant le plaisir du fonctionnement moteur par des jeux de mouvement, des manipulations ludiques d'objets...etc., et par là l'aider à appréhender son environnement. (Finnie N.R, 1996, p 210).

4.3. L'orthopédie et chirurgie :

Quand la kinésithérapie est insuffisante, des aides orthopédiques sont utilisées. Dans le cas de diplégies spastiques, par exemple, il peut s'agir de semelles enveloppantes (coques) placées dans des chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles en plastique ou en métal (Perlstein) qui ont pour but de maintenir le pied en flexion.

Des interventions chirurgicales peuvent se révéler indispensables en cas de contractures majeures. Leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles. (Finnie N.R, 1996, p 211).

4.4. L'orthophonie :

L'orthophoniste intervient bien entendu quand l'enfant souffre de troubles du langage, mais son rôle est beaucoup plus vaste. L'orthophoniste pourra aider l'enfant dans tous les aspects cognitifs. Par le langage, l'orthophoniste aide l'enfant à restructurer l'espace. Il développe le langage intérieur, le langage oral et le langage écrit, sans lesquels il n'est pas de développement possible de la pensée et de la compréhension.

Son rôle est donc essentiel pour favoriser la construction des structures de pensée chez l'enfant puisqu'il y a un rapport étroit entre l'organisation de la pensée et le développement du langage. (Finnie N.R, 1996, p 212).

4.5. La prise en charge psychologique :

Face au handicap, l'enfant perçoit très tôt sa différence. Par conséquence, il peut présenter divers troubles de la vue, de l'audition ou du langage, qui réduisent ses possibilités d'échange avec les autres et rend plus difficile la construction d'une personnalité équilibrée.

Les IMC, sont des enfants extrêmement sensibles et émotifs, qui ont besoin d'un soutien psychologique ou pédagogique que peuvent lui apporter de l'aide à surmonter et à dépasser tout ses sentiments d'échec et d'infériorité. (FINNIE N.R, 1996, p 215).

Bien que le travail, sera très lent et demande beaucoup de patience, le psychologue doit être attentif, en essayant d'aider l'enfant à réaliser un développement cognitif, intellectuel, psychologique et social, plus normalement possible.

Le psychologue s'intéresse beaucoup aux enfants dont les difficultés de communication sont telles qu'ils sont incapables de manifester correctement leur intelligence, soit par la parole, soit par les mouvements de la main. (FINNIE N.R, 1996, p 216).

Conclusion

Le terme IMC s'applique à une lésion cérébrale qui n'évolue pas cependant, elle est survenue sur un cerveau en pleine maturation et va entraver le développement de l'enfant, entraînant des conséquences sur les possibilités de contrôle moteur, l'appareil orthopédique, la capacité d'apprentissage scolaire, l'équilibre psychoaffectif, une évaluation régulière des capacités de l'enfant dans tout ces domaines est donc indispensable.

Chapitre III

L'attachement

Préambule :

Dans l'utérus le fœtus rencontre des impressions, des éprouvés, qu'il ne sait à quoi exactement attribuer. Il y a une interaction entre lui et le milieu, notamment biologique. Mais sans représentation psychique, l'impacte subjectif n'est guère appropriable.

Dans les premiers moments de la vie extra-utérine, l'enfant vit objectivement dans un état d'extrême dépendance par rapport à son environnement humain ; il ne peut seul subvenir à ses besoins, le bébé va devoir créer progressivement, « construire » un lien avec sa mère, son premier objet, un lien d'attachement, un lien investi qui est nécessaire à son développement.

I. LA RELATION D'OBJET :**1. définition :**

Terme très couramment employé dans la psychanalyse contemporaine pour désigner le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et totale d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus au moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense.

On parlera des relations d'objet d'un sujet donné, mais aussi de types de relations d'objet ce référant soit à des moments évolutifs (relation d'objet oral), soit à la psychopathologie (relation d'objet mélancolique). (Laplanche J. Et Pantalès J-B, 1996, p404)

On désigne sous le terme de « relation d'objet », la relation qu'un sujet établit avec un objet, qu'il soit inanimé ou pas, humain ou non, réel ou imaginaire, partielle ou prise dans sa totalité.

La relation objectale est marquée par l'expérience qu'on fait de l'objet dans une échelle de valeur graduée par ses sentiments de plaisir et de déplaisir, de satisfaction jouissive ou de souffrance, de cette expérience dépendra le type d'investissement libidinal de cet objet. (Alex R, 2000, p252).

La relation d'objet est définie par son association à la pulsion, ce par quoi et en quoi elle se satisfait l'objet peut être partiel ou total, réel ou fantasmatique.

Il est relativement interchangeable et il est en tant qu'objet partiel plus tôt caractéristique des stades pré-génitaux ou sont mises en œuvre des pulsions partielles.

Envisagé comme objet d'amour total il est essentiellement associé au stade génital et met en cause une personne totale. La relation qui s'établit entre un sujet (personne totale) et lui (objet) est caractéristique de la personnalité et du moi du sujet.

2. statut de l'objet en psychanalyse :

La psychanalyse dégage trois acceptions principales du terme objet :

- En tant que corrélatif de la pulsion, il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique.
- En tant que corrélatif de l'amour (ou de la haine) : la relation en cause est une personne totale, ou l'instance du moi et d'un objet visé lui-même comme totalité (personne, entité, idéal...).
- Dans le sens traditionnel de la philosophie et de la psychologie de la connaissance, en tant que corrélatif du sujet persévérant et connaissant, il est ce qui s'offre avec des caractères fixes et permanents, reconnaissable en droit par l'universalité des sujets.

C'est principalement la première des acceptions de l'objet qui est spécifique en psychanalyse, il s'agit du statut de l'objet dans l'inconscient d'un sujet et du point de vue de l'investissement libidinal (économique) qu'il appelle. Au sens analytique, l'objet pris en compte par la libido est d'abord un objet psychique, une construction de/dans l'appareil psychique d'un objet ayant une existence réelle ou imaginaire. (Alex R, 2000, p.238).

✓**L'objet partiel selon Mélanie Klein :** L'objet partiel est une partie du corps fantasmatiquement détachée (sur le sien ou celui du partenaire parental), dont l'appropriation et la jouissance sont recherchées par le sujet en proie à ses pulsions.

Les objets partiels constituent les objets de jouissance primordiaux des pulsions, à savoir : le sein (imaginativement détaché du corps maternel) pour la pulsion orale, les fèces (ou excréments) pour la pulsion anale, le pénis (imaginativement prélevé sur le corps paternel) pour la pulsion génitale.

L'objet partiel n'est pas « total ». Tout d'abord, c'est une partie de personne prise comme objet. Imaginativement amovible dans la croyance inconsciente, l'objet partiel est fantasmatiquement attribué ou rattaché au sujet en proie à ses pulsions.

D'autre part, il ne satisfait pas le sujet dans son entier, mais une seule de ses pulsions (sur une seule zone érogène) (Alex R, 2000, p.240).

À travers les projections fantasmatiques de l'enfant, Mélanie Klein postule l'existence d'un MOI d'emblée, immature certes, mais doté de mécanisme de défense (clivage, projection, introjection...). Grâce à ses mécanismes l'enfant va lui-même constituer l'objet, partiel d'abord, total en suite. (Bernard G, 2015, p188).

✓**L'objet transitionnel selon Winnicott** : Selon D.W Winnicott l'objet transitionnel désigne un objet matériel qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement (un coin de couverture, une peluche par exemple).

Le recours à des objets de ce type, est un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la «véritable relation d'objet ». (Laplanche J.Pontalis J-B, 1996, p295).

D'un point de vue économique, l'objet transitionnel remplace le sein absent ou la mère. Cette substitution s'opère avant que le sein ne soit perçu comme un objet total de la réalité extérieure, ou que la mère ne soit conçue comme une personne totale.

Winnicott D (1969) avance: « j'ai introduit les expressions d'objet transitionnel et phénomène transitionnel pour désigner la zone d'expérience qui est intermédiaire entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la relation objectale vraie ». (Alex R, 2000, p.241).

Les soins de la mère dans sa « préoccupation maternelle primaire» parfaitement adaptée aux besoins de son nouveau né donne à celui-ci l'impression de créer l'objet de satisfaction au moment exactement nécessaire ou il se présente. (Bernard G, 2015, p187).

Donc l'objet winnicottien est un « pré-objet » venant aider le nourrisson à supporter les frustrations d'une réalité extérieure qu'il ne serait pas à même de supporter sans cette invention. (Alex R, 2000, p.241).

I. L'ATTACHEMENT :

1. définition:

Ainsworth en 1978 définit l'attachement comme le comportement de l'individu qui cherche à se rapprocher d'une personne particulière (sa figure d'attachement) dans les situations potentiellement dangereuses. Le processus d'attachement a donc essentiellement une fonction adaptative. Il constitue un besoin social primaire et comprend quatre étapes de développement

Freud et Spitz explique le lien d'attachement par la fonction adaptative de l'enfant pour assurer son bien être physique et affectif, la mère devient un objet d'amour parce qu'elle satisfait un besoin primaire : la nutrition qui permet l'autoconservation. Spitz en 1968 déclare « le choix anaclitique de l'objet est déterminé par la dépendance du nourrisson vis-à-vis de la personne qui le nourrit, le protège, le dorlote » (Anne B. et Bernadette C, p 50)

Selon Bowlby l'attachement est une construction primaire, répondant à un besoins inné et indépendant des autres besoins physiologique de l'enfant. Le lien d'attachement fournit à l'enfant la protection et la sécurité qui lui est nécessaire pour pouvoir s'ouvrir au monde.

2. origine de la théorie d'attachement :

La théorie de l'attachement est formulée et développée par Bowlby (1958), elle constitue l'aboutissement de trois champs de recherche, la théorie de l'attachement

marque la convergence entre les travaux éthologiques, éthologico-psychanalytique, ainsi que des théories de l'apprentissage.

2.1. Apport des théories de l'apprentissage :

Ces théories s'appuient sur les notions du conditionnement et renforcement, elles postulent que l'attachement se crée essentiellement à travers l'interaction entre les parents et l'enfant, interactions qui permettent à celui-ci de faire les apprentissages de type répétant ou opérant. Le bébé apprend selon les principes du conditionnement répétant lorsqu'il établit par exemple une association entre la personne qui lui donne le biberon et l'assouvissement de sa faim. Il apprend plutôt selon le principe du conditionnement opérant quand il y a renforcement dans la relation bébé-adulte. En effet, le fait qu'un parent repende en souriant au bébé qui gazouille renforce ce comportement chez l'enfant et encourage la proximité entre eux. Les théories behavioristes ont insisté depuis longtemps sur le fait que les parents façonnent le comportement de leurs enfants selon des processus de conditionnement et considèrent que ces conditionnements sont réciproques. Enfin, la théorie de l'apprentissage social peut également servir à la compréhension des processus d'attachement. Selon celle-ci l'enfant apprend comment se créent les interactions intimes lorsqu'il observe les comportements modèles qui font appel à la proximité. (Papalia D-E. et Felman R.-D, 2014, p126).

2.2. apport des théories éthologiques :

Les éthologistes sont à l'origine de la théorie de l'empreinte.

Lorenz K, dès 1935, synthétise les résultats de nombreux travaux convergents décrivant l'établissement des liens entre congénères. Lorenz définit l'empreinte comme un mécanisme inné permettant au petit qui vient de naître de suivre ou de s'agripper au premier « objet » mobile qu'il voit et qui est généralement le congénère adulte l'ayant mis au monde. La fonction principale de ce comportement est d'apprendre à reconnaître les caractéristiques des partenaires sociaux de tout animal nouveau né vers lesquels vont s'orienter les réactions instinctives sociales comme la

recherche de protection auprès de l'adulte et les comportements sexuelles . La recherche de la proximité avec le congénère adulte est fondamentale pour les petits qui, du moins chez les mammifères présentent des signes de détresse évidents lorsque il s'en trouve éloigner. Outre une fonction de protection, l'adulte remplit le rôle d'un modèle permettant au petit d'identifier les membres de son espèce et de s'intégrer au groupe.

Harlow à partir d'expériences faites en laboratoire avec des singes, montre que le petit rhésus cherche avant tout le contact et la proximité avec l'adulte.

Harlow soumet de jeunes nouveaux nés rhésus a diverse condition d'élevage (avec leur mère, en compagnie de pairs, seul mais en présence d'un mannequin en fourrure auxquels ils peuvent s'accrocher, entièrement seul), pendant des périodes plus au moins longue. Puis il les introduit dans un groupe constitué de rhésus d'âge divers et observe leur adaptation les signe élevé dans un isolement social complet présentent des trouble du comportement (auto-embrassement, balancements stéréotypés, frayeur devant la nouveauté...) qui rendent impossible leur réinsertion ultérieur dans le groupe des pairs. Harlow a créé un autisme expérimentale, les femelle qui ont été élevé dans telles conditions sont agressives et refuse l'accouplement avec un mal. (Anne B. et Bernadette C, 2014, p48)

2.3. apport de la théorie éthologico-psychanalytique :

Avant les éthologistes, des psychanalystes, et plus particulièrement spitz, avait constaté l'apparition de troubles importants du comportement lorsque un enfant, élevé jusque alors par le même, été soudain séparé d'elle, pour être placer dans une pouponnière ou un orphelinat, a l'observation, ces enfants prennent rapidement un tableau dépressif qui peut s'aggraver si la période de la séparation dépasse cinq mois. Le retard du développement s'accroît et le taux de mortalité devient très élevées étant donner la sensibilité accru au maladies infectieuses.

Pour Spitz l'évolution dramatique de ces enfants est du a l'absence de lien affectif : « l'enfant est privé des soins maternel et des provisions affectives vitales dont

il devrait normalement bénéficier grâce aux échanges avec la mère ». (Anne B. et Bernadette C, 2014, p 49-50).

3. la théorie de BOWLBY :

Bowlby appuie sa théorie sur le modèle cybernétique. Pour atteindre cet objectif: la sécurité, le bébé dispose de différents systèmes de comportements qui lui permettent d'intervenir dans la régulation de sa distance physique avec l'adulte.

Son postulat de base repose sur l'idée que, tout comme la plupart des animaux, l'être humain a le besoin primaire d'établir des liens d'intimité forte avec ses parents, de manière à protéger sa survie et celle de son espèce (Bowlby, 1969). Ne pouvant assurer seul sa survie, le bébé est génétiquement programmé à maintenir une proximité avec une personne capable de le protéger en émettant des signes comme les pleurs, les cris, le sourire, etc. « c'est de la proximité physique de ces personnes privilégiées, les **figure d'attachement** que le bébé tirera la sécurité qui lui est nécessaire ».

Le système comportemental d'attachement suppose un « évaluateur interne » qui signifie l'état de besoin d'une réassurance, donc pour les tout-petits le besoin de la figure d'attachement. Ce besoin n'est pas stable, il varie selon certains facteurs propres au bébé: son âge, son état interne (faim, douleur, froid) et les conditions de l'environnement (plus au moins familier ou nouveau) dans lequel il se trouve. C'est quand le bébé a besoin de réassurance et qu'il n'existe pas une distance physique entre lui et sa figure d'attachement que s'activent les conduites destinées à obtenir et maintenir la proximité.

Ces conduites elles-mêmes varient selon l'âge et les moyens fonctionnels de l'enfant. Aux pleurs aux cris indifférenciés des premiers jours succèdent des cris plus différenciés, le sourire, la possibilité de poursuivre, de signifier que l'on veut être porté, d'appeler...

Ce système comportemental se personnalise. Les interactions que le bébé construit avec les adultes qui le maternent lui permettent de construire progressivement des

"modèles opérationnels internes" qui spécifient l'organisation de son système comportemental d'attachement. Bowlby explique que c'est à travers des relations privilégiées avec une figure d'attachement que l'enfant construit progressivement un "modèle opérationnel interne", ce modèle de soi, du monde, et des figures d'attachement. Ce modèle permet à l'enfant de comprendre le réel, physique ou humain, d'anticiper des événements et de s'y adapter. (Anne B. et Bernadette C, 2014, p52).

Pour Bowlby la personne avec qui se premier lien d'attachement s'établit n'est pas nécessairement la mère biologique. L'attachement est un lien affectif positif qui s'accompagne d'un sentiment de sécurité et qui ne peut être observé directement. Ce que nous pouvons observer, ce sont des comportements d'attachement.

Les carences dans l'établissement du lien d'attachement sont irréversibles si elles interviennent au premier âge. (Papaliai D-E. et Feldman R-.D, 2014, p 127).

4. la création du lien d'attachement :

La création du lien d'attachement entre un enfant et une autre personne est un processus qui se développe lentement.

Pour Bowlby (1969), l'attachement s'établit en trois phases: le préattachement, l'émergence de l'attachement, et l'attachement véritable.

Avant deux ou trois mois, un ensemble de comportements d'attachement innés sont manifestés par l'enfant (pleur, agrippement, sourire, etc.), mais ils ne sont plus différenciés en fonction des personnes qui prennent soins de lui. Dès la huitième semaine, le bébé se met à orienter ses comportements d'attachement vers les personnes proches de lui, et plus particulièrement sa mère. Ses avances portent fruit quand la mère répond chaleureusement et avec plaisir, lui offrant de fréquents contacts physiques et la liberté d'explorer. Le bébé se rend compte alors de l'effet de ses actions et acquiert progressivement à la fois un sentiment d'emprise sur le monde et un sentiment de confiance en lui, lié à sa capacité d'obtenir des résultats. Toutefois, il n'est

pas encore véritablement attaché à elle. En effet l'attachement véritable n'apparaît pas avant six ou huit mois: une personne généralement la mère devient alors la figure d'attachement principale.

Ainsworth M en 1978 ajoute une autre étape de développement du lien d'attachement: phase de préattachement, étape de l'attachement « en train de se faire », étape de l'établissement d'une relation d'attachement « franche », et étape du « partenariat ajusté ».

- **Avant 2 mois**: phase de préattachement; le bébé manifeste des comportements-signaux sans différencier les personnes.
- **De 2 à 7 mois**: étape de l'attachement « en train de se faire ». L'enfant a recours à divers comportements visant à obtenir la proximité physique du parent. Il différencie les personnes, mais la substitution de la principale figure d'attachement est encore possible.
- **A partir de 7 mois**: étape de l'établissement d'une relation d'attachement *franche*, et sélective envers une personne privilégiée; la substitution n'est plus possible. De la détresse se manifeste lors des séparations.
- **Dès l'âge de 3-4 ans**: étape du « partenariat ajusté ». L'enfant est capable d'une certaine compréhension du point de vue de l'autre, va chercher à influencer celui-ci afin d'obtenir de sa part certains avantages du point de vue relationnel, comme de l'intérêt ou des soins. (Edith Goldbeter Merinfeld, 2005, p14)

Selon Bowlby(1969), l'enfant est actif dans la création d'un lien d'attachement. Pour ce faire, il se construit un modèle opérationnel interne "MOI", c'est à dire une représentation des comportements et des attitudes de la personne la plus significative pour lui, généralement sa mère. Tant que celle-ci agit conformément à ce modèle interne, le bébé ne change pas. Si toutefois la mère modifie de façon consistante sa manière d'agir avec l'enfant, celui-ci doit modifier son modèle interne et le type d'attachement peut alors en être affecté.

L'enfant ce construit de la même manière plusieurs modèle interne d'attachement au contact des personnes qui sont significatives pour lui. (Papaliai D-E. et Felman R-D, 2014, p128).

5. Le système comportemental d'attachement :

Le système comportemental d'attachement peut être divisé en deux catégories de comportements (Bowlby, 1969). Elles sont chacune composées de trois comportements de « signal » ou d' « approche » qui sont génétiquement déterminés. Les comportements de signal sont ceux qui permettent d'amener la mère à l'enfant :

- **les pleurs** amènent la mère à agir pour protéger, nourrir ou réconforter son bébé.
- **le sourire**, à partir du deuxième mois, permet de prolonger l'interaction sociale.
- **le babil, et plus tard l'appel**, sont généralement interprétés par la mère comme le désir d'être pris dans les bras.

Les comportements d'approche, à l'inverse, permettent d'amener l'enfant vers la mère et de le tenir près d'elle :

- **L'approche** comprend à la fois la recherche et la poursuite visuelle ou motrice.
 - **L'agrippement** est un réflexe présent à la naissance qui est provoqué par la nudité et le changement de centre de gravité avant d'être généralisé à toutes les situations de détresse auxquelles l'enfant est susceptible d'être confronté.
 - **La succion**, au-delà de sa fonction alimentaire, permet à l'enfant de rester en contact étroit avec la mère. Dès la naissance, les bébés utilisent leur système comportemental d'attachement pour satisfaire leurs besoins de sécurité, de proximité et de réconfort. Pour Bowlby (1969) les réponses maternelles aux comportements d'attachement des enfants sont déterminantes dans l'établissement de la relation mère-enfant. Ils vont peu à peu les mémoriser et se représenter, au niveau cognitif, la relation qui les lie à leur mère. (Barco F, 2007, p7-8).

6. les types d'attachement:

Mary Ainsworth (1978) mit au point une méthode d'observation la « situation étrange » permettant d'identifier différentes attitudes destinées à préserver la base sécurisante nécessaire au bien-être de l'enfant lorsqu'il tente de s'ajuster à une situation donnée. L'enfant est observé dans une salle de jeu successivement en présence de sa mère, confronté au départ de celle-ci, à l'entrée dans la pièce d'une personne étrangère en la présence ou en l'absence de la mère, au retour de la mère, etc. A partir de ces observations, Ainsworth a identifié trois types de comportement qui reflétaient à ses yeux ce qui se passait à la maison, et qui permettaient de déterminer différentes catégories d'attachements :

- ✓ **Type A : attachement sécurisant** : c'est le type le plus courant chez 66 % des bébés. Le bébé qui fait preuve d'un attachement sécurisant pleure ou proteste quand sa mère quitte la pièce et il l'accueille avec joie quand elle revient. Lorsqu'elle est présente le bébé se sert de sa mère comme une base de sécurité à partir de laquelle il explore son environnement. Il peut éloigner d'elle temporairement pour observer et manipuler des jouets, par exemple, mais tout en jetant un coup d'œil dans sa direction ou en tentant d'attirer son attention en lui montrant ses découvertes. Il revient également de temps à autre auprès d'elle pour trouver du réconfort et se sécuriser.

Les enfants **séconds** n'activent leur système d'attachement qu'en cas d'absence de la mère (danger potentiel) et qui retrouvent leur calme et leur envie d'explorer très rapidement après son retour.

- ✓ **Type B : attachement insécurisant de type évitant** : fréquent chez 20 % des bébés, ce type réagit peu au départ de sa mère et accepte généralement les contacts avec une personne étrangère. Quand la mère revient il n'accourt pas vers elle et reste distant, même s'il exprime de la colère.

Les enfants **anxieux-évitant** détournent leur attention de leur mère pour se focaliser principalement sur leur environnement. Leur apparente tranquillité avec une absence de préoccupation pour leur sécurité résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne

rien attendre d'autrui afin de ne pas être déçu (Main & Weston, 1982). Ils apprennent à ne pas prendre leurs propres sentiments en compte. Pour éviter de se sentir dépendants de leurs proches, ils tentent de se suffire à eux-mêmes.

- ✓ **Type C : attachement insécurisant de type ambivalent:** fréquent chez 12 % des bébés, ces enfants sont anxieux même en présence de leur mère. Le bébé qui vit ce type d'attachement est extrêmement bouleversé lorsqu'elle part et, à son retour, il manifeste son ambivalence en cherchant à la fois un contact avec elle, mais en lui résistant par des coups de pied et des contorsions. En général, ces enfants réagissent fortement à une personne étrangère et sont moins portés à s'éloigner de leur mère pour explorer leur environnement.

Les enfants **anxieux-ambivalents** « **hésitants** » exagèrent leurs signaux d'attachement pour attirer l'attention sur eux : ils montrent une grande détresse lorsque la mère quitte la pièce, et lorsqu'elle y revient. Ces enfants vivent une relation de dépendance avec leur mère, ce qui les empêche de s'investir ailleurs.

Un peu plus tard, Main & Solomon (1988) ont ajouté une quatrième catégorie :

- ✓ **Type D : attachement désorganisé et désorienté :** le bébé qui présente cette forme d'attachement manifeste souvent des comportements contradictoires. Au retour de la mère, il affiche un comportement erratique : il semble joyeux mais il peut au même temps se détourner ou s'approcher sans regarder sa mère. Il semble confus et apeuré ou, au contraire, il paraît figé et peut passer très rapidement d'une émotion à l'autre. Il s'agit probablement du type d'attachement le plus insécurisant. Il apparaît le plus souvent chez des enfants dont les mères sont insensibles, intrusive ou abusives, ou qui consomment de l'alcool et des drogues.

Les enfants **désorganisés-désorientés** qui présentent des comportements d'appréhension, les uns n'osant poursuivre leurs tentatives d'approche du parent, et les autres se montrant effrayés : ils ne semblent pas pouvoir adopter une stratégie d'attachement cohérente. La mère représenterait pour eux à la fois un havre de sécurité

et une source de danger (ces enfants seraient souvent maltraités ou auraient eu des mères traumatisées et donc peu sécurisantes). (Papaliai D-E. et Felman R-D, 2014, p128)

7. les facteurs influençant la qualité du lien :

Le processus de l'attachement est le résultat de l'interaction entre l'état émotionnel de l'enfant, et la qualité de la relation parent-enfant. Il résulte ainsi d'une adaptation réciproque entre l'enfant et sa figure d'attachement. Pour Bowlby (1969) la manière dont l'enfant organise ses comportements d'attachements dépend à la fois des caractéristique du nourrisson et des caractéristiques de la figure d'attachement.

a- Les comportements de soin :

Pour Bowlby, les réponses fournies par la mère aux signaux de détresse et aux besoins de réconfort manifestés par l'enfant sont déterminantes dans le développement de la relation mère-enfant. Il distingue donc un autre système de comportements, cette fois chez les parents, et qui regroupe tous les comportements d'une figure d'attachement comprenant les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant, Les comportements de soin, tout comme les comportements d'attachement, ont une fonction de protection. (Barco F, 2007, p13).

Ainsworth de sa part montre la relation entre la sensibilité de son enfant, « l'influence de la relation mère enfant sur le modelage du comportement de pleurs semble refléter de façon significative la qualité de la relation d'attachement » (Ainsworth et alii, 1972), autrement dit plus la mère répond aux signaux de son enfant et notamment à ses signaux de détresse, plus elle favorise un attachement sécurisant. (Anne B. et Bernadette C, 2014, p 56)

b- Le tempérament de l'enfant :

Pour Bowlby, la qualité de l'attachement dépend à la fois des caractéristiques de la figure d'attachement et des caractéristiques de l'enfant. Par ailleurs, les travaux d'Ainsworth, qui ont montré que la sensibilité maternelle était le principal facteur susceptible d'expliquer les différences interindividuelles dans la qualité de

l'attachement à la mère, Kagan (1984) a adopté une perspective théorique totalement opposée à celle d'Ainsworth, et a émis l'hypothèse que les comportements observés lors de la Situation Etrange n'étaient pas le reflet de la qualité de la relation mère-enfant mais plutôt du tempérament de ce dernier, c'est à dire de ses caractéristiques individuelles présentes à la naissance. (Barco F, 2007, p14).

c- La transgénéralisation de l'attachement :

Les travaux de Main M montrent un ensemble de dépendance entre les narrations des parents concernant leurs propres attachements et la qualité du lien que leurs enfants peuvent construire. Les parents ont une tendance innocente à répéter les comportements de leurs parents sur leurs enfants. (Anne B. et Bernadette C, 2014, p 56).

d- Autre facteurs susceptible d'influencer la qualité d'attachement :

La garde non parentale de l'enfant : les effets de la garde non parentale sur la qualité de l'attachement à la mère ont fait l'objet d'un très grand nombre de recherches. Dans l'ensemble, les résultats de ces études peuvent paraître contradictoires. Un certain nombre d'entre elles ont montré qu'une fréquentation intensive et précoce d'un mode de garde non parentale pouvait avoir des effets néfastes sur la qualité de l'attachement à la mère. Cependant, d'après Miljkovitch (2001), la plupart de ces études n'ont pas contrôlé l'effet de la qualité des soins prodigués aux enfants. En effet, il semblerait que les conséquences négatives de la garde non parentale soient beaucoup moins importantes, voire inexistantes, lorsque l'accueil est de bonne qualité. Ce sont davantage les conditions dans lesquelles l'enfant est gardé que les personnes prodiguant les soins qui semblent être particulièrement importantes, surtout pendant la première année.

Le changement du mode de garde de l'enfant : D'autres études, en cherchant à savoir si la qualité de l'attachement était stable au cours du développement, ont montré que des changements dans le mode de garde, la reprise du travail de la mère ou les situations de stress vécues par la famille étaient susceptibles d'avoir des effets sur la qualité de l'attachement

Enfin, très peu d'études se sont intéressées à l'influence du sexe de l'enfant sur la qualité de l'attachement. Or, les attentes des parents diffèrent en fonction du sexe de l'enfant (Miljkovitch, 2001). A titre d'exemple, les comportements d'attachement peuvent être perçus par les parents comme des comportements de dépendance et ce d'autant plus lorsque l'enfant est un garçon. . (Barco F, 2007, p16).

Conclusion :

Il est clair que la nature de l'attachement d'un enfant âgé d'un an à sa mère est lié à la fois à l'interaction précoce avec la mère et aux divers aspects du développement ultérieur. Cela implique que la voie selon laquelle l'enfant organise son comportement à l'égard de sa mère affecte la façon dont l'enfant organise son comportement concernant tous les autres objets, animés ou inanimés de l'environnement. Cette organisation constitue le noyau, le principe de continuité du développement en dépit des changements qui interviennent avec les acquisitions ultérieures, à la fois d'ordre cognitif et d'ordre socio-émotionnel.

Partie
Pratique

Chapitre IV

Le cadre méthodologique

PREAMBULE

La méthodologie est une partie importante dans une recherche scientifique. C'est la manière de faire une chose en suivant certains principes, certaines règles, et selon un certain ordre pour arriver à un but.

Tout travail scientifique doit être commencé par une pré-enquête afin d'assurer la validité, la faisabilité et la fiabilité d'un thème de recherche. Dans ce présent chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle on s'est appuyé, ainsi que, les outils qu'on a utilisés, la population d'étude et le terrain où on a mené notre recherche.

I. La pré-enquête :

La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à construire une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses.

Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci. (Aktouf. O, 1987, p 102)

Dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé une pré-enquête au niveau de l'EHS, Établissement Hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten, commune de Fenaia de wilaya de Bejaïa

Notre recherche a été faite avec des enfants IMC, on s'est déplacé à l'hôpital de « ILMATHEN » pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude. En premier lieu on a contacté le directeur et le psychologue pour nous accordé l'avis favorable pour l'exercice de notre recherche.

Nous avons pris contact avec les parents des enfants (IMC), on a appliqué le guide d'entretien à l'aide de notre cadre théorique, ces derniers ont accepté d'adhérer à notre enquête.

On a effectué notre stage pratique pour une période de (01) un mois.

II. LA Méthode de recherche :

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux « méthodes descriptives ». Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (Bénony. H et Chahraoui. Kh, 2003, p 125).

Dans notre recherche on a adopté l'étude de cas qui fait partie des méthodes cliniques.

C'est une démarche exploratoire où on décrit en détail une personne ou un petit groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration rigoureuse de test psychologique. Les études de cas sont employées en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide du portrait détaillé d'un individu, ce qui ne permet pas les généralisations ou les statistiques. Elles présentent également une grande utilité pour chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée. (Tavris. C et Wade. C, 1999, p 39)

III. Le choix de l'échantillon :

Le groupe de notre recherche est bien des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, des enfants de sexe différent : deux enfants et deux filles ; leurs âges varient entre (5 à 10 ans).

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre groupe de recherche :

caractéristique cas	âge	Type de handicap	Période d'atteinte
Hicham	10 ans	Syndrome spastique	Poste natale (fièvre)
Dalil	7 ans	Syndrome spastique	Néonatal (Anoxie)
Ines	5 ans	Syndrome de litle	Néonatal (anoxie)
Celina	6 ans	Syndrome spastique	Néonatal (prématurité)

Tableau N°1 : Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

Ce tableau ci-dessous est un tableau récapitulatif des cas étudié englobant, le sexe, l'âge, Le type du handicap, la période d'atteinte ainsi que la cause du handicap. Ils sont de nombre de quatre (4) enfant IMC

IV. Les outils de la recherche :

Ensemble de techniques spécial que le chercheur devra, le plus souvent, élaborer pour répondre aux besoins spécifiques de sa recherche en terme d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé. (Aktouf. O, 1987, p 81)

Afin de recueillir des informations concernant notre thème de recherche, on a choisi d'utiliser les techniques suivantes :

- Un entretien clinique
- Une test projectif PN.

1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur le sujet. Il apparait donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut

comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Bénony. H et Chahraoui. Kh, 1999, p 11-12)

Dans notre étude on a opté pour l'entretien semi-directif qui est l'un des trois types des entretiens, dans ce type, le clinicien dispose d'un 'guide d'entretien' ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation.

Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique. (Bénony. H et Chahraoui. Kh, p 16)

Ce genre d'entretien est, comme son nom l'indique, à mi-chemin entre la non directivité et la directivité. Dans la pratique, c'est souvent une combinaison de ces deux formes que l'on utilise. (Aktouf. O, 1987, p 88)

- **Présentation du guide d'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit « d'un ensemble de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (BENONY.H&CHAHRAOUI.K .2015.p68).

Notre guide d'entretien est composé de cinq (04) axes, chaque axe est composé questions principales et d'autres secondaires pour recueillir des informations possibles sur la relation mère-enfant ayant une infirmité

AXE I : renseignement sur les informations personnelles de la mère et de l'enfant
l'objectif est de connaître les conditions d'apparition de la maladie

AXE II : renseignement sur l'annonce de la maladie,

AXE III : renseignement sur le développement de l'enfant, physique et psychologique.

AXE V : le regard sur le comportement de l'enfant, le but c'est de comprendre la dynamique relationnelle avec sa famille et cerner la nature des liens unissant les uns envers les autres.

2. Le test projectif PN

2.1. Fondement théorique et méthodologique :

Les aventures de patte noire ont été élaboré par L. Corman entre 1959 ET 1961 « afin d'explorer les conflits profonds de l'âme enfantine ».

Le test PN s'appuie sur la théorie des stades et des sous stades du développement libidinal. L. Corman préconise la technique de libre choix des planches afin de rendre compte de la complexité non linéaire des rythmes individuels. Il accorde en outre une importance très particulière à la dimension économique en soulignant le rôle déterminants des investissements objectaux, qui permet de comparer le héros central d'une histoire auquel l'enfant censé d'identifier. (Boekholt. M, 1998, P118)

2.2. La situation PN :

Le PN engage un processus narratif à partir d'images statiques, la situation est comparable à celle de CAT ou du TAT, mais la spécificité, ici, tient aux modalités de la passation, l'ordre des planches n'est pas imposé pour l'enfant, c'est à lui de choisir à sa guise.

- Analyse du matériel : contenu manifestes et sollicitations latentes

Outre le « frontispice » présentant PN et sa famille et « fée » qui conclut l'épreuve, le PN se compose de 17 dessins (format 13/8) désigné par un titre et par un numéro d'ordre alphabétique pour faciliter le repérage au clinicien. Le matériel est totalement figuratif, sans zone d'ombre ni d'impression, tracé en noir sur fond blanc (15 planches) ou en blanc sur fond noir (2 planches), imprimant une assez grande prégnance thématique.

- Analyse de chaque planche comportera :

-Le contenu manifeste décrit par C.Chabert, choisit pour sa neutralité, en précisant les détails fréquents (D) et secondaires (Dd) ;

-le contenu latent, en rappelant les « thèmes » explorés par L. Corman (LC) et la formulation de C. Chabert (CC), avant d'ouvrir la discussion sur les différents registres de conflictualisations réactivés eu égard, respectivement :

- a- au fondement de l'identité
- b- à l'élaboration de la position dépressive
- c- a la mise en place de l'axe œdipien.

Comme dans toute épreuve thématique ; chaque planche est a même de réactiver plusieurs registres conflictuels chez les mêmes enfants. (BOEKHOLT. M, 1998, p123)

- **Présentation des planches :**

1. **Auge :** Contenu manifeste : « la scène se passe a l'intérieur. Au premier plan, PN urine dans la plus grande des deux auges. Au second plan. les deux gros cochons et les deux petits cochons sont couchés ; de part et d'outre d'une barrie »(CC).

D : palissade de planches a l'arrière –plan-barrière entre les gros et les petits moutons

Dd : litière des cochons couchés-ouverture de a palissade, a gauche

Contenu latent : « Thème de sadisme urétral « (LC).- la planche peut renvoyer a l'expression de l'agressivité envers les images parentales (CC).

2. **Baiser :** Contenu manifeste : Au premier plan, rapproché des deux gros cochons. Au deuxième plan, un des petits cochons derrière une murette (CC).

D : mamelles du gros mouton à patte noire.

Dd : paysage, herbe, fleurs au premier plan

Contenu latent : Thème œdipien (LC).- Peut renvoyer a une problématique de type œdipien (CC). (BOEKHOLT. M, 1998, p124)

3. **Bataille :** Contenu manifeste : PN et un des petits blancs se mordent. Le troisième cochon s'écarte Au deuxième plan le couple des gros cochons (CC).Dd ; arrière-plan

Contenu latent : Thème sadique oral de rivalité fraternelle (LC). Peut renvoyer à l'agressivité (au sentiment de culpabilité qui y sont liés (CC).

4. Charrette : Contenu Manifeste : PN allongé dans la paille. Dans la bulle, un homme place un cochon dans la charrette. Deux gros cochons et deux petits cochons regardent la scène (CC).

D : autres cochons dans la charrette

Dd : les contrastes noir et blanc, couleur noire sous PN, petit cercle dans la bulle.

Contenu latent : « thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi »(LC) – « peut renvoyer à l'agressivité de séparation et /ou à l'agressivité dans les relations familiales » (cc)

5. Chèvre : Contenu manifeste : « PN tête une chèvre » (CC)

Dd : regard de la chèvre, coloration noire et blanche de sa robe.

Contenu latent : « thème de la mère d'adoption ou de remplacement ».(LC) « peut

6. Départ : Contenu manifeste : « un petit cochon sur une route dans la campagne »(CC).

D : arbre, montagne au loin.

Dd : fleurs, cailloux au bord de la route, dominante blanche, neige, sur le sommet.

Contenu latent : « thème de départ » (LC) –« peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation » (cc), peut renvoyer à la relation à un substitut maternel » (cc). (BOEKHOLT. M, 1998, p129)

7. Hésitation : Contenu manifeste : « A gauche le gros cochon a tache noire allaite un des blancs. A droite le gros blanc et un petit blanc boivent dans l'auge.PN est milieu »

D : les corps de PN est tourné vers le gros cochon a patte noire tandis que sa tête est tourné vers le gros cochon blanc.

Contenu latent : « thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion » (LC)-« peut renvoyer au conflits entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié »

8. Le Jars : Contenu manifeste : « A gauche, un jars attrape la queue d'un petit cochon. A droite un autre petit cochon, a demi caché derrière une murette » (CC).

D : ailes déployé du jars, larme du cochon attrapé.

Dd : barrière a l'arrière-plan, fleurs.

Contenu latent : « thème sadique avec retournement punitif contre soi, ou de castration » (LC) –« peut renvoyer a une relation d'agressivité versus castration »(CC)

(Boekholt. M, 1998, P130)

9. Jeux sales : Contenu manifeste : « près d'un tas de fumier, deux petits cochons s'ébattent dans l'eau sale. Un d'eux projette sur la figure d'un gros cochon. Le troisième petit cochon est en dehors » (CC).

D : une petite cochonne patte en l'air.

Dd : la couleur noire.

La réparation de la couleur noire sur la planche rend très indistinct le repérage de PN et des autres petits cochon.

Contenu latent : « thème sadique anal » (LC) –« peut renvoyer a l'agressivité vis avis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité ».(CC)

9. Nuit : Contenu manifeste : « scène a l'intérieur : une étable éclairée par la lune, divisée en deux par une cloison de planche. D'un coté, deux gros cochons l'un près de l'autre .DE l'autre coté, deux petits cochons couchés et un troisième debout contre la cloison » (CC).

D : dessin blanc sur fond noire (seule la silhouette du petit cochon debout est entièrement distincte, on ne voit pas que le haut de corps des deux gros cochons). Dd : cadre autour de la lune, cloison ouverte a gauche et a droite.

Contenu latent : « thème œdipien, avec voyeurisme de la chambre des parents »-« peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive ». (BOEKHOLT. M, 1998, p132)

10. portée : Contenu manifeste : « trois nouveau-nés têtent la truie qui elle-même lape le contenu de l'auge remplie par un fermier. Au fond, un autre fermier tenant de la paille. Au premier plan, derrière une barrière, trois petits cochons, PN au milieu »(CC).

Dd : en noir, barrière discontinue ; muet.

Contenu latent : « thème de rivalité fraternelle »(LC) –peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle »(CC).

12 ET 13 Rêve père et mère : Contenu manifeste : il s'agit de deux dessins symétriques : « PN est couché, dans la bulle (de « rêve mère ») le gros cochon a tache noir ». « Dans la bulle (de « rêve père ») le gros cochon blanc. (CC).

D : gros cochon tourné vers PN

Dd : petits cercles de la bulle

Contenu latent : « thème d'idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre sexe) » (LC)- « renvoie à la relation à l'image maternelle » dans l'un, à « l'image paternelle » dans l'autre (CC).

14 et 15. Tétée 1 (et) Tétée 2 : Contenu manifeste : « PN tête le gros cochon à patte noir » dans l'un des dessins. Dans l'autre : même scène et « deux autres petits cochons au deuxième plan »(CC)

D : tête de gros cochon tourné vers PN.

Dd : herbe, cailloux de sol, ligne d'horizon.

–« renvoie a un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilège» (tétéel) et dans l'autre (LC) « dans un contexte de rivalité fraternelle » (tétéé 2) (CC). (Boekholt. M, 1998, P134)

16. Trou : Contenu manifeste : « dans la nuit, PN dans un trou d'eau »(CC)

D : dessin blanc sur fond noir, lune.

Dd : herbes hautes et basses, bouche ouverte de PN

Contenu latent : « thème de solitude, d'exclusion, de punition »(LC)-« peut renvoyer a la crainte de séparation dans un contexte de danger »(cc)

17. Courte- échelle : Contenu manifeste : PN debout sur les épaules d'un cochon, lui même debout contre un arbre.au-dessus, les oisillons dans un nid, sur une branche :sur une autre branche, un oiseau, un écureuil.

Dd : fleurs au premier plan, rangé d'arbres dans le fond, coloration noire du tronc.

Contenu latent : le père et patte noire sont présentés dans une « relation progressive » (LC) –peut renvoyer a la fonction de holding d'une des images parentales. (BOEKHOLT. M, 1998, p135)

2.3. Modalité d'utilisation

- Les indications

Le PN s'adresse aux enfants de 4 a10 ans.il connait un maximum d'efficacité dès lors que l'enfant, relativement stable sur le plan psychomoteur ; est capable d'opéré le choix, c'est-à-dire en général a partir de l'âge de 6 an. Le PN se donne pour but original d'étudier certains aspects de narcissisme, notamment l'image de soi, et l'image du corps exceptionnellement interrogé par une épreuve thématique. (Boekholt. M, 1998, P136)

- La passation selon L. CORMAN

L'intérêt et l'originalité du test PN résident dans la passation préconisée par son inventeur. Elle se comporte cinq étapes dont le déroulement nécessite 60 à 90 minutes.

Première étape : le clinicien présente le frontispice sur lequel figurent PN, deux petits cochons blancs et les deux gros cochons. L'enfant est invité à repérer PN puis à préciser le sexe et l'âge de chacun ainsi que le degré de parenté, cette planche reste visible tout au long de la passation.

La deuxième étape : « les thèmes » toutes les planches sauf « la fée » sont présentées en paquet dans un ordre quelconque. L'enfant est invité à les regarder, à choisir celles dont il souhaite raconter l'histoire et à mettre les autres à côté. **Troisième étape :** « les préférences identification » toutes les planches sont à nouveau réunies en un seul paquet et le jeu dit de « l'image préférée » consiste à faire trier les planches aimées et les planches non aimées en deux tas.

Quatrième étape : « les questions d'érigées » : il s'agit d'une sorte d'enquête où l'enfant est invité à voir des percepts parents qu'il aurait omis ; par exemple l'urine dans « auge » ou la boue dans « jeux sales »

Cinquième étape : « question et synthèse » elle consiste à demander qui est le plus heureux, le moins heureux, le plus gentil, le moins gentil, la préférence de chacun pour les autres membres de la famille. En demande enfin qui l'enfant préfère dans toute cette aventure, ce que va devenir PN et ce que pense PN de sa patte noire. C'est là que survient la planche « fée » on fait dire à la fée qu'elle autorise trois souhaits, à l'enfant de formuler.

L. CORMAN prévoit des possibilités d'intervention en cours de passation afin d'encourager l'enfant sans toutefois influencer ses choix ou ses refus. La passation doit s'effectuer en une seule séance afin de rendre compte de la dynamique créée par les choix et par la succession des planches adoptées par l'enfant, suivant l'âge, la maturité et les ressources psychiques. la façon dont l'enfant gère et organise la liberté qui lui est

offerte est d'un tr »grand intérêt diagnostique et pronostique.(M. BOEKHOLT, 1993,p 140).

2.4. Dépouillement de l'épreuve

- relation au clinicien et son évolution durant la passation.
- le mode de participation et d'adaptation.
- les particularités de l'expression verbale « en prenant en considération l'âge des patients.
- les caractéristiques de la présentation et de la participation corporelle.

2.5. Analyse planche par planche

- procédé défensif pour chaque planche.
- problématique « du sujet ».

2.6. synthèse

- regrouper les procédés
- récapitule le principal registre de la problématique
- proposition d'hypothèse de fonctionnement

V. terrain de recherche :

Notre stage a été effectué au sein de l'établissement hospitalière spécialisé en rééducation et de réadaptation fonctionnelle, il se situe au village D'Il- Mathn Fenaia, Daira El-Kser, il a été crée juridiquement en vertu du décret 08/62 du 24 février 2008 modifiant et complétant la liste annexée au décret 97/465 du 02/décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spatialisés.

Sa mise en service graduelle et partielle n'a commencé que le 19 octobre 2010, date de la 1^{ère} consultation spécialisée après l'affectation par le ministère de la santé. Cette

ouverture n'a concerne qu'une seule unité, c'est à dire l'unité de consultation, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle qui normalement doit abriter l'unité d'hospitalisation « femmes » « hommes » « enfants ».

- **La mission de l'EHS :**

L'établissement hospitalier spécialisé a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

- D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale de la santé.
- D'appliquer les programmes nationaux de la santé.
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.
- Il est constitué d'une ou plusieurs structures destinées a la prise en charge des malades en matière de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu le test projectif PN.

Chapitre V

*Analyse des résultats et
discussion de l'hypothèse*

I. Présentation des cas :**1. Cas 01 :****a. Présentation :**

Il s'agit de Hicham, un jeune garçon âgé de 10ans, scolarisé en 5eme année primaire, c'est l'ainé de la famille et il a une sœur plus jeune que lui.

Hicham présente une infirmité motrice cérébrale sous forme de diplégie spastique des membres inférieurs.

b. Analyse de l'entretien :

On a reçu Hicham et sa mère dans notre bureau, ils avaient tout les deux l'air enthousiaste et prêt à travailler avec nous. Hicham est un enfant calme et intelligent mais de très timide. Après avoir interrogé l'enfant sur des informations personnelles le concernant, on a abordé la discussion avec sa mère.

La maman nous a révélé que sa grossesse était désirée, et son accouchement était normal, et son allaitement était au sein et a duré jusqu'au 18eme mois.

Hicham souffrait de fièvre fréquemment, accompagné de pleurs et de douleurs, et ce n'est qu'au 6eme mois que le pédiatre annonce son infirmité motrice.

L'annonce du médecin était inattendu pour les parents et surtout pour la mère, elle disait : « ce n'était pas facile d'accepter l'idée que son enfant sera pas comme les autres, qu'il ait un manque, mais Allah ghaleb c'est le destin, on n'y peut rien ».

La présence de cet enfant IMC n'a pas changé leur vie de couple, bien que c'est la mère seul qui s'en occupe, elle disait : « je lui fais tout ce qu'il veut, je consacre tout mon temps pour lui ».

La relation de Hicham avec sa mère est coodépendante, ce qu'on a constaté a travers ses dires: « je ne le confie a personne, et même lui n'accepte pas qu'une autre personne s'occupe de lui ».

Lors de l'entretien, on a constaté la présence d'inquiétude et de soucis chez la mère vis-à-vis de l'avenir de son enfant infirme, et une inacceptation de son handicap.

Hicham souffrant de diplégie spastique des membres inférieurs, rend son déplacement seul quasi-impossible, la raison pour laquelle la présence de la mère est indispensable pour lui, ce qui d'ailleurs renforce la nature de leurs liens.

La 1^{ère} année de scolarisation de Hicham était en échec, soit du à l'angoisse de séparation avec sa mère, soit son incapacité physique a émergé chez lui la timidité et l'inhibition a l'école, ce qui nous amène a poser la question sur l'intégrité corporelle chez cet enfant, s'il se voit en être entier ou un sujet abimé.

On a constaté ainsi la dépendance de l'enfant a sa mère, et une relation superficielle avec le père, et selon les stades du développement psychosexuelle, tout enfant doit passer par des périodes, chacune est spécifique selon la pulsion exprimée, et de la relation d'objet nouée, et de l'angoisse manifesté, a la fin de chaque période, l'enfant va résoudre le conflit de celles-ci. Jusqu'à l'âge de 3ans, l'absence du père n'affecte pas le développement psychoaffectif de l'enfant, puisque l'objet d'amour est une partie de la mère au début et la mère entière ensuite. Mais au-delà l'enfant se rend compte de la différence des sexes et l'entrée dans la phase œdipienne marque le point.

Hicham n'a pas vécu la rivalité avec le père pour conquérir sa mère, puisque le père est indifférent, voir même absent dans sa préoccupation, on conclut que la problématique œdipienne n'a pas été résolue puisque celle-ci ne se fait que dans une relation triangulaire.

c. Présentation des planches :

- Planches aimées :

Nom de la planche	Reponse	pourquoi	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Départ	Patte noire va voir sa mère a la compagne, un artisan l'a trouvé moche a cause de sa tache noire et la jeter	Parce qu'il cherche sa mère, parce que sans elle il va mourir	Patte noire	Patte noire
Trou	C'est la nuit, patte noire ne vois rien, et il se trempe dans une marre d'eau	Parce qu'il est allé voir sa mère	Patte noire	Patte noire
Hésitation	Là quand il est arrivé a sa mère, mais ses frères se disputent avec lui et ne le laisse pas rejoindre sa mère	C'est la précipitation des parents pour aider patte noire	Patte noire	Patte noire
Bataille	Là, c'est quand patte noire et ses frères se sont arrêtés de se disputer	C'est la tolérance et l'aide qu'il y a entre les membres de la famille de patte noire	Patte noire	Patte noire
Baiser	Ici, quand il est arrivé enfin a sa mère, il lui a fait un câlin, et lui dit qu'elle lui manque	C'est l'amour qu'il y a entre patte noire et sa mère	Patte noire	Patte noire
Rêve de la mère	Patte noire il dort et il rêve de son père	Parce que patte noire n'a jamais abonné, a continué a chercher son père	Patte noire	Patte noire
Rêve du père	Patte noire rêve de sa mère	C'est l'amour qu'il y'a entre patte noire et sa mère, ils ne peuvent pas vivre l'un sans l'autre.	Patte noire	Patte noire
Nuit	C'est la nuit, le père et la mère dors, patte noire est éveillé, il veut dormir avec ses parents	C'est l'affection qu'il y a entre ses parents.	Patte noire	Patte noire

- Planches non aimées :

nom de la planche	repense	Pourquoi ?	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Tétée 2	Patte noire est allé téter chez son père, et ses frères ne le laisse pas	Parce qu'il y a de l'hostilité entre patte noire et ses frères	Patte noire	Patte noire
Auge	Patte noire il s'est réveillé tôt pour jouer, et il n'a pas laissé ses parents dormir	Parce que patte noire est indocile et il dérange	Patte noire	Patte noire
Portée	Les frères de patte noire vont tétés à leur mère sauf les trois petits, l'artisan leur a refusé.	C'est l'artisan qui interrompe a chaque fois les retrouvaille de toute la famille	L'un des frères, à qui l'artisan refuse de rejoindre la mère	L'un des frères, qui a pu rejoindre la mère
Jars	Un canard enlève la sœur de patte noire	Parce que patte noire n'aide pas sa sœur	Le mouton enlevé	personne
Tétée 1	Patte noire est allé téter sa mère.	Parce que PN a trahi sa sœur, elle est kidnappée et lui, il profite de sa mère tout seul.	Patte noire	La mère
Chèvre	Patte noire a été renvoyer par sa mère pour téter un cheval parce qu'il a trahi ses	Parce que sa mère ne veut plus de lui, et il ne peut pas vivre sans elle.	Patte noire	Patte noire

	frères.			
Jeux sales	Patte noire et ses frères agités ils dérangent leur parent, sauf leur petite sœur.	C'est l'agitation de PN et ses frères qui empêchent leur mère de se reposer.	Patte noire	La sœur sage
Charrette	Ici, PN se rappelle quand l'artisan a pris ses frères pour les donner à une autre mère.	C'est l'artisan qui les sépare à chaque fois	Patte noire	Patte noire

- **Les questions :**

1. qui est le plus heureux ? toute la famille
2. qui est le moins heureux ? patte noire
3. qui est le plus gentil ? c'est la sœur
4. qui est le moins gentil ? patte noire
5. qui préfères-tu dans cette famille ? c'est la mère
6. que deviendra PN ? il va se réunir avec tous les membres de sa famille
7. que pense-t'il de sa tache ? rien

- **la planche fée :**

1^{er} souhait : je veux que ma sœur rentre a la maison.

2^e souhait : je veux que celui qui a séparé ma famille et nous a causé des problèmes ne sépare plus personne.

3^e souhait: je veux vivre avec toute ma famille en paix.

d. Analyse du contenu des planches :

- **Le frontispice :** le PN est qualifié d'un petit garçon âgé de 5ans, ce qui signifie la régression à un âge inférieur ou sa vie était stable, les deux petits blancs sont les frères de PN âgés de 3ans, ce qui renvoie au désir de l'enfant d'avoir des frères. Et

les deux gros sont les parents de PN, différenciés sur le plan sexuel, la mère est qualifiée par le père et vis versa.

- **Planches aimées :**

1- Départ : « thème de départ, peut renvoyer la relation de dépendance »

On relève sur cette planche la présence d'angoisse de séparation et la crainte de solitude chez l'enfant

2- Trou : « thème de solitude, d'exclusion, de punition ».

On relève sur cette planche la crainte de l'abandon et de solitude dans un contexte de danger chez l'enfant.

3- Hésitation : « thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion ».

On constate sur cette planche que l'enfant manifeste une agressivité envers l'image fraternelle.

4- Bataille : « thème sadique oral de rivalité fraternelle »

Dans cette planche l'enfant s'est accroché à l'acte agressive envers sa fratrie en évoquant la dispute, mais son arrêt renvoie à la culpabilité lié à son agressivité et sa rivalité avec ses frères.

5- Baiser : « thème œdipien »

L'enfant a ignoré la présence du père et il l'a remplacé par PN, ceci renvoie à l'accès à la triangulation œdipienne et la rivalité avec le parent du même sexe.

6- Rêve de la mère : « thème de l'idéal du moi ou de l'amour objectal »

Dans cette planche la mère est perçue comme le père de PN, cette différenciation sur le plan sexuelle, renvoie au renversement de rôle dans la préoccupation dont l'enfant a besoin, d'un côté parce que c'est la mère seul qui s'en occupe, et d'un autre côté l'absence du père a fait émerger chez l'enfant le désir d'en avoir un.

7- Rêve du père: « thème de l'idéal du moi ou de l'amour objectal »

Sur cette l'enfant a qualifié le père par la mère, cela renvoi à l'importance capitale du rôle de la mère dans sa vie, et au mode d'attachement et de dépendance de la mère.

8- Nuit: « thème œdipien, avec voyeurisme de la chambre des parents »

PN qui regarde ses parents dormir révèle une curiosité sexuelle a l'égard du couple parental, et l'accès a la problématique œdipienne.

- Planche non aimées :**1- Tétée 2 :** « thème oral dans un contexte de rivalité fraternelle »

On remarque chez l'enfant une revendication orale, et le retour a la mère, et la recherche de sa protection et la nutrition, et le désir de l'enfant d'être seul et de ne pas avoir a partager avec les autres le lait maternel.

Le renversement des sexes indique que la mère figure comme une image à la fois nourricière et de force virile

2- Auge : « thème de sadisme urétral, peut renvoyer à l'agressivité envers l'image parentale »

Ce thème est vu dans la plupart des cas, dans le cas contraire le sujet qui scotome le jet d'urine, explique sa passivité, et la répression des pulsions agressives

3- Portée : « thème de la naissance et de la rivalité fraternelle »

Le personnage humain est source de déstabilisation et de frustration orale chez l'enfant, et la fratrie (les nouveaux nés) laissent se superposer le fantasme œdipien avec la nostalgie d'un rapproché exclusif à l'image maternelle.

4- Jars : « thème sadique avec retournement punitif conte soit, ou de castration »

La repense de l'enfant évoque une interrelation agressive entre lui et un membre de son entourage et qu'il reste passif.

5- Tétée 1 : « thème oral dans un contexte de relation privilégiée »

La repense de l'enfant renvoie à une oralité heureuse et satisfaisante, et la culpabilité d'être le seul à tirer profit de sa mère.

6- Chèvre : « thème de la mère d'adoption ou de remplacement »

D'après cette repense on constate l'expression de culpabilité chez l'enfant qui s'est emparé seul de sa mère, et par représailles la mère l'a renvoyé vers une autre image nourricière.

L'avidité extrême de PN l'ont conduit à la punition et à l'abandon.

7- Jeux sales : « thème sadique anal, renvoie à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale »

L'identification du sujet à la sœur sage et inerte représente une formation réactionnelle contre la réalité du sujet et la culpabilité d'être indocile.

8- Charrette : « thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi »

La repense du sujet renvoie à l'angoisse de séparation de l'enfant de sa mère et de sa famille, et la crainte d'un substitut maternel.

e. Synthèse du cas 01 :

A travers les récits souvent continus on perçoit une angoisse de séparation manifestée chez l'enfant, ce qui se donne à voir sur les planches départ, trou, charrette, ou l'enfant met l'accent sur un affect verbalisé de tristesse et d'angoisse de séparation.

On constate ainsi la crainte de l'abandon et du substitut maternel sur la planche chèvre.

La rivalité fraternelle est marquante sur les planches portée, bataille, tétée², voir même une tendance agressive envers la fratrie, et une passivité à l'encontre de l'image parentale.

L'enfant éprouve de la culpabilité perçue sur les planches jeux sales, chèvre et bataille, lié à son attitude agressive.

La problématique œdipienne se présente chez l'enfant sur les planches baiser et nuit, d'où le recourt à la curiosité sexuelle dans son récit.

L'identification à PN, c'est un signe de bonne adaptation, la preuve que le sujet assume bien toutes ses tendances. Or, un moi fort est un moi souple qui s'adapte à la variété des situations par des identifications constantes au héros est le signe d'un moi rigide.

Selon l'analyse du protocole PN chez Hicham, on constate le recours constant à l'image de la mère, aux soins de la mère et à tout ce que celle-ci peut donner, ce recourt est l'indicateur d'une dépendance absolue à la mère et une angoisse massive de se séparer d'elle. Ceci nous laisse définir un type d'attachement sécure chez cet enfant.

2. Cas 02 :

a. Présentation :

Il s'agit de Dalil, petit garçon de 7ans, c'est le benjamin de la famille, il est scolarisé en 2^e année primaire.

Dalil a souffert d'une anoxie néonatale ayant entraîné un déficit de la sensibilité profonde dans les membres supérieurs, l'infirmité de l'enfant était détectée dès la naissance.

b. Analyse de l'entretien :

Au début on a reçu l'enfant et sa maman ensemble dans notre bureau, la mère était prête à travailler avec nous, mais l'enfant était agiter et peu coopératif avec nous.

Dalil est ensuite envoyé dans un autre bureau pour qu'on puisse travailler librement avec sa mère.

On a abordé la discussion avec des questions concernant la grossesse et l'accouchement. Madame S nous a révélée que son enfant était désiré tout comme ses autres enfants, et qu'elle les aime tous de la même manière, en insistant la dessus elle disait : « le fait qu'il a un problème n'a pas la moindre influence sur l'affection que j'ai pour lui », cette déclaration est une formation réactionnelle, un contre

investissement d'un élément conscient, d'une réalité frustrante d'avoir un enfant différent.

Concernant la gestation madame S dit qu'elle était menée à terme, mais elle avait rencontré des complications durant l'accouchement ce qui a entraîné une anoxie au bébé, et l'allaitement de l'enfant était artificiel.

Suite à un examen neuromoteur, dès la naissance le médecin annonce aux parents que l'enfant sera infirme, ce qui a provoqué un choc pour les parents. Madame S nous dit : « j'étais bouleversé, et déçu, et surtout inquiète car je ne sais pas comment m'y prendre avec un enfant avec des besoins spécifiques », et elle ajoute : « son père était plus affecté par son état que moi ».

On a remarqué que la mère évite de prononcer le mot « handicapé », ce qui témoigne de son inacceptation et son déni du problème de son enfant, autrement dit la naissance de cet enfant handicapé est une blessure narcissique pour la mère.

Dalil est autonome dans la marche, il peut répondre à ses besoins tout seul, mais il rencontre des difficultés dans les activités constructives (dessin, géométrie, certains jeux...) à l'école, cette situation le rend vulnérable et irritable, son manque de créer chez lui une insécurité interne.

Concernant son comportement, la maman nous révèle que son fils est quelque peu agressif et agité, il n'aime pas être contrarié, mais qui accepte facilement le contact avec autrui, à sa présence ou à son absence, il n'a pas l'air d'être affecté par son départ.

c. Présentation des planches :

- Planches aimées :

Nom de la planche	Réponse	pourquoi	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Auge	Le père et la mère et les enfants dort, et PN saute et fait du bruit pour les réveiller	Parce que PN aime contrarier les autres et les mettre mal à l'aise	Patte noire	Patte noire
Portée	L'homme donne a manger a la mère, les enfants regardent et attendent leurs tour.	Parce que les enfants sont calmes et patients	Patte noire	L'un des petits blancs
Bataille	Le père et la mère surveille leurs enfants qui jouent	Parce que les parents accepte tout ce que leur enfant font	Patte noire	Patte noire
Rêve de la mère	PN dort et rêve de sa mère	Parce que PN pense à sa mère	personne	Patte noire
Tétée 2	PN va téter sa mère, ses frères attendent leur tour	Parce que PN et ses frères s'aiment	personne	Patte noire
Tétée 1	PN tète sa mère et il est content	Parce que la mère de PN s'occupe bien de son fils	personne	Patte noire
Baiser	Le père et la mère s'embrassent, ils s'aiment, et PN regarde de loin, il veut être a la place de la mère	Parce qu'il y a de l'amour entre les parents de PN	La mère	La mère

Hésitation	Le père boit de l'eau avec son fils (PN), la mère et sa fille attende leur tour	Parce que le père a préféré que PN boive avec lui qu'avec les autres	Patte noire	Patte noire
Chèvre	C'est le père de PN, ils discutent	Parce que le père aime son fils	Patte noire	Patte noire
Rêve du père	PN pense a son père	Parce que PN aime son père	Patte noire	Patte noire

- Planches non aimée :

Nom de la planche	Réponse	pourquoi	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Charrette	PN fait du souci pour l'avenir de sa famille, car un homme veut les séparer	Parce que PN a peur que sa famille se disperse	Patte noire	personne
Trou	PN il marche seul la nuit, il est coincé dans la boue	Parce que il est seul, et il a peur que ses parents ne le retrouvent pas	Patte noire	Personne
Jeux sales	Les enfants du père jouent et salissent leur père sauf un il reste propre	Parce que les enfants ont salis leur père	Le mouton propre	Le mouton propre
Nuit	Les parents de PN et ses frères dort sauf PN il les observe	Parce que PN veille sur son père	Patte noire	Patte noire
Départ	PN est en route pour	Parce que PN a	Patte noire	Patte noire

	rentrer chez lui, et il s'est perdu	peur de ne pas trouver le chemin pour rentrer a la maison		
Jars	La sœur de PN est enlevée par un géant vautour et PN regarde de loin.	Parce que PN n'intervient pas pour sauver sa sœur	Patte noire	personne

- **Les questions :**

1. qui est le plus heureux ? la mère
2. qui est le moins heureux ? patte noire
3. qui est le plus gentil ? c'est la sœur
4. qui est le moins gentil ? patte noire
5. qui préfères-tu dans cette famille ? c'est le père
6. que deviendra PN ? il va grandir il va parcourir le monde
7. que pense- t'il de sa tache ? c'est sa tache noire qui fait la différence entre lui et ses frères, c'est pour ça que son père l'aime plus que les autres, mais la mère ne l'aime pas.

- **la planche fée :**

1^{er} souhait : je souhaite être plus gentil et aimable

2^e souhait : je veux plus que quelqu'un meurt dans ma famille

3^e souhait : je veux réussir dans mes études et rendre mes parents fiers de moi.

d. Analyse du contenu des planches :

- **Le frontispice :** le PN est un garçon de 10ans, les deux gros sont les parents reconnu sur le plan sexuel, les petits blanc sont les frères de PN l'un âgé de 6 ans et l'autre âgé de 7ans.

L'âge supérieur de PN de l'âge réel du sujet renvoi a une précocité du développement et une maturité psychoaffective, ou une pleine satisfaction de ses besoins.

- **Planches aimées :**

1. Auge : « thème de sadisme urétral »

PN qui joue pour empêcher ses parents de dormir est symbole d'intention agressive envers l'image parentale chez l'enfant

2. Portée : « thème de naissance et de rivalité fraternelle ».

D'après la repense de l'enfant on constate qu'il ne témoigne d'aucune rivalité fraternelle.

3. Bataille : « thème sadique oral et de rivalité fraternelle ».

PN qui joue avec ses frères, renvoie à l'harmonie et la satisfaction de l'enfant de la relation fraternelle.

4. Rêve de la mère : « thème d'idéal du moi ou de l'amour objectal ».

PN qui rêve de sa mère, renvoie a la relation privilégiée que l'enfant aspire entretenir avec sa propre mère, et le désir de rapprochement avec elle

5. Tétée 2 : « thème oral dans un contexte de rivalité fraternelle ».

Etant donné le rapproché corporel explicite, on constate chez l'enfant une frustration liée à l'oralité, et le désir d'une relation satisfaisante avec la mère, sans pour autant exprimer de la jalousie ou l'agressivité à l'encontre de la fratrie

6. Tétée 1 : « thème oral ».

On constate une frustration lié a l'oralité chez l'enfant

7. Baiser : « thème œdipien »

L'enfant a la problématique œdipienne, et exprime de la jalousie envers la mère et aspire a un rapproché privilégié avec le père, ce qui peut renvoyer à un Oedipe négatif.

8. Hésitation : « « thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion »

La scotomisation de l'attitude équivoque de PN par l'enfant renvoie à l'angoisse d'exclusion et d'abandon par ses parents.

9. Chèvre : « thème de la mère d'adoption ou de remplacement ».

La chèvre perçu comme le père aimant de PN signifie que l'enfant entretient une bonne relation avec le sien ou avec le substitut maternel.

10. Rêve du père : « thème d'idéal du moi ou de l'amour objectal »

Renvoie à la relation de l'enfant avec l'image parentale et son désir d'un rapproché privilégié avec son père.

- **Planches non aimées :**

1. Charrette : « thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi »

PN qui se soucie de la dispersion des membres de sa famille renvoie à une angoisse de séparation de l'enfant de sa propre famille.

2. Trou : « thème de solitude, d'exclusion, de punition »

D'après la repense de l'enfant on constate chez lui une crainte de la solitude dans un contexte de danger.

3. Jeux sales : « thème sadique anal »

L'identification de l'enfant au mouton sage et propre est une formation réactionnelle contre la réalité de l'enfant qui est indocile et sa culpabilité de l'être.

4. Nuit : « thème œdipien avec voyeurisme de la chambre des parents »

L'enfant évoque « l'observation de ses parents qui dort » renvoie à la curiosité sexuelle et au fantasme de la scène primitive.

5. Départ : « thème de départ »

On constate chez l'enfant une angoisse de séparation de sa famille, et sa crainte de la solitude

6. Jars : « thème sadique avec retournement punitif contre soi ou de castration »

L'enfant témoigne d'une certaine culpabilité d'être agressif à l'encontre de sa fratrie.

e. Synthèse du cas 02 :

A travers les récits souvent continu et riche, on perçoit chez l'enfant un degré précaire d'agressivité envers les parents sur les planches auge et jeux sales, et envers la fratrie sur la planche jars, et une expression de culpabilité d'être agressif.

On a constaté aussi une angoisse de séparation et la crainte de la solitude et l'exclusion de l'enfant par sa famille, tout en mettant l'accent sur l'affecte verbalisé et des mimiques exprimant la peur et la tristesse, vus sur les planches charrette, trou et départ.

On a perçu la référence de l'enfant à la scène primitive, présenté dans la planche baiser et nuit.

On a remarqué que l'enfant entretient une relation distante avec sa mère, du fait, il introduit son acceptation d'un substitut maternelle sur la planche chèvre ou il exprime sa joie par rapport aux liens unissant les figures apparentent sur la planche.

D'après l'analyse du protocole de l'épreuve PN chez l'enfant, on constate une variété des procédés utilisés, objectivité et contrôle, affecte verbalisé, recours à l'imaginaire, et la dominance des procédés traduisant l'évitement et l'inhibition et la restriction des scènes angoissantes, ce qui nous laisse décrire un attachement insécure de type évitant.

3. Cas 03 :

a. Présentation :

Il s'agit de INES, petite fille de 5ans, scolarisé en préscolaire, benjamine de la famille.

INES a souffert d'anoxie néonatale ayant entraîné un handicap moteur de type hémiplégie cérébrale, connu aussi sous le nom de little associé à des troubles de langage, un strabisme et une astéréognosie (non reconnaissance par le touché des formes, des volumes, consistance...), et elle est dépendante dans la marche.

Ce n'est qu'au 18^{ème} mois que le médecin affirme l'infirmité de l'enfant.

b. Analyse de l'entretien :

Lors de l'entretien avec la mère de INES, on a abordé la discussion par des questions sur des informations personnelles concernant la gestation et l'accouchement. La maman nous a révélé que sa grossesse n'est pas désirée en disant « je ne voulais pas de cette enfant », mais qu'elle l'aime bien, sa grossesse était sans problème et menée à terme, mais l'accouchement était difficile à cause de la position du bébé, qui a manqué d'oxygène et a été réanimé pour respirer.

L'allaitement de l'enfant était au sein et pour une durée de 2 ans.

Depuis sa naissance INES présente des problèmes de santé, des difficultés motrices, d'équilibre et de redressement, et ce n'est qu'au 18^{ème} mois que le pédiatre confirme aux parents que leur enfant sera handicapé, la maman dit « l'annonce du médecin m'a anéanti, je n'arrive pas à classer ma fille parmi les handicapés ».

Les expressions implicites reflétant la relation distante entre la mère et l'enfant et de ses dires explicites, nous ont induit à dire que la mère n'a pas acceptée l'handicap mais aussi l'enfant.

La situation de l'enfant le rend dépendante dans la marche, ce qui nécessite un accompagnement constant, ce besoin d'étayage chez l'enfant renforce la nature du lien avec la personne qui s'occupe de lui, et d'après la mère les deux parents s'en occupent.

INES est une petite fille inhibée et mal à l'aise dans son corps, le manque d'unité et de continuité tant physique que psychique, crée un sentiment d'insécurité interne chez cet enfant, elle ose peu agir ou prendre des initiatives.

Selon la mère, INES est plus attachée à son père qu'à elle, et concernant son comportement, elle nous révèle que son enfant est quelqu'un de timide, de discret et qui essaye peu d'entrer en contact avec autrui mais elle les accepte. Aux moments de leurs séparations INES ne réagit pas à son départ, et à son retour elle reste inerte et distante d'elle.

c. Présentation des planches :

- Planches aimées :

nom de la planche	réponse	pourquoi	Qui tu es	Qui veux-tu être
Rêve de la mère	PN dort et rêve de sa mère	Parce que la mère veille sur PN	mère	mère
Rêve du père	PN dort et rêve de son père	Parce que le père veille sur PN	père	père
Jars	Le vautour enlève le frère de PN	Parce que PN va enfin se retrouvé seul	Patte noire	Patte noire
Baiser	La sœur de PN fait un câlin a sa mère, et PN regarde de loin	c'est l'affection qu'il y a entre la mère et sa fille	Le petit mouton blanc	Le petit mouton blanc
Portée	Le père ramène a manger pour ses bébés mouton	Parce que le père nourris ses enfants	L'homme	L'homme
Tétée 1	La maman donne du lait à PN	Parce que la mère s'occupe de son bébé	Patte noire	Patte noire
Bataille	Le père et la mère de PN mange, ses frères jouent, et PN est en colère car personne ne veux jouer avec lui il court vers ses parents leur dire	Parce que ses parents vont jouer avec lui	Patte noire	Patte noire
La nuit	C'est la nuit le renard vient pour manger les	Parce que PN surveille les bébés	Patte noire	Patte noire

	bébés mouton	moutons		
Trou	C'est la nuit PN est seul, il a tué le renard qui vient la nuit	Parce que PN est fort, il peut affronter le renard seul	Patte noire	Patte noire
Chèvre	Le père donne du lait a son enfant	Parce que le père s'occupe de son fils même si la mère est absente	Le père	Le père

- Planches non aimées :

Nom de la planche	Réponse	pourquoi	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Départ	PN rentre à la maison retrouver sa mère	Parce que il y'a plein d'arbre, PN peut se perdre	personne	Patte noire
Auge	Le père et la mère mange seul, PN court vers ses frères pour les appeler à rejoindre les parents	Parce qu'il y'a une barrière elle empêche les enfants d'arriver à leurs parents.	Patte noire	Patte noire
Charrette	Le père et sa fille regarde un homme forcer les bébés mouton de monter dans son camion	Parce que PN pleur	père	père
Hésitation	Le père et sa fille boivent de l'eau ensemble, la mère	Parce que les parents préfèrent les leur autres	père	père

	allaite son fils, PN veut boire de l'eau mais il est loin	enfant que PN		
Jeux sales	PN et ces frères jouent dans la boue et salissent leur père et eux même	Parce qu'il y'a de la saleté partout	Petit blanc propre	Petit blanc propre
Tétée 2	La mère nourrit PN et ses frères courts vers eux	Parce que la mère va devoir s'occuper des autre, et il ne restera plus rien pour PN	Patte noire	Patte noire

- **Les questions :**

1. qui est le plus heureux ? le père
2. qui est le moins heureux ? la mère
3. qui est le plus gentil ? le père
4. qui est le moins gentil ? la mère
5. qui préfères-tu dans cette famille ? le père
6. que deviendra PN ? il va grandir et il sera puissant et riche.
7. que pense-t-il de sa tache ? il pense que sa tache le rend différent de ses frères.

- **la planche fée :**

1^{er} souhait : je veux être riche.

2^e souhait : je veux avoir beaucoup de bijoux

3^e souhait: je veux avoir un carrosse de princesse.

d. Analyse du contenu des planches :

- **Le frontispice:** le PN est un garçon de 4ans, à peu près le même âge de l'enfant, les deux autres sont les frères de PN et d'âge indéterminé, les deux gros sont les parent non identifier sur le plan sexuel.

- **Planches aimées :**

1. Rêve de la mère : « thème de l'idéal du moi ou de l'amour objectal »

Le PN qui rêve de sa mère renvoie au désir de l'enfant d'un rapprochement avec la mère, et désir de la protection et de préoccupation de sa part.

2. Rêve du père : « thème de l'idéal du moi ou de l'amour objectal »

D'après cette repense on perçoit chez l'enfant une aspiration à une relation privilégiée avec son père

3. Jars : « thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi »

L'enfant se réjouit du fait que le vautour enlève le frère de PN renvoie à un sadisme et une agressivité vis-à-vis de sa fratrie.

4. Baiser : « thème œdipien »

La mère qui fait un câlin à la sœur de PN est que celui-ci regarde, indique que le sujet et dans une relation triangulaire, et en concurrence avec toute personne en rapport privilégié avec le parent du sexe opposé, d'où son désir d'être a la place du mouton que la mère serre dans ses bras.

5. Portée : « thème de naissance et de rivalité fraternelle »

L'accent est porté sur le père nourricier, renvoie a la satisfaction de l'enfant du rôle du père ce qui explique son identification à lui.

6. Tétée 1 : « thème oral »

D'après la repense de l'enfant, on constate chez lui le désir d'une oralité heureuse et satisfaisante

7. Bataille : « thème sadique oral de rivalité fraternelle »

PN rejeté par ses frères renvoie à la rivalité et l'agressivité entre le sujet et ses siens.

8. Nuit : « thème œdipien avec voyeurisme de la chambre des parents »

Le fait que l'enfant évoque la surveillance du renard, renvoie à la curiosité sexuelle à l'égard du couple parental et la figure disposant de l'autorité.

9. Trou : « thème de solitude, d'exclusion et de punition »

Le renard qui surgit dans le noir est une image menaçante, et le fait que PN réussit à le tuer et s'en sortir seul, explique que l'enfant ne craint pas la solitude dans un contexte de danger et qu'il suffit de lui-même.

10. Chèvre : « thème de la mère d'adoption ou de remplacement »

La chèvre perçue comme le père de PN renvoi à la relation satisfaisante de l'enfant avec le substitut maternel.

- Planches non aimées :**1. Départ :** « thème de départ »

Le recours de l'enfant à la mère et, au retrouvaille avec elle renvoi à sa nostalgie à un rapproché avec la mère.

2. Auge : « thème de sadisme urétral, elle peut renvoyer à l'agressivité envers l'image parentale »

La barrière qui sépare le PN de ses parents, indique que l'enfant se sent mis à l'écart par sa famille, et la scotomisation de jet d'urine dans le mangeoire renvois à la passivité de l'enfant.

3. Charrette : « thème sadique avec retournement punitif contre soi »

D'après la repense que l'enfant a donné on constate chez lui une angoisse de séparation de sa famille, et l'identification au père indique que l'enfant se sent coupable et en parti responsable de la division de sa famille.

4. Hésitation : « thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle »

La mère allaite le frère de PN, et le père qui boit avec la sœur de celui-ci, et l'attitude équivoque de PN nous laisse croire que l'enfant se menacé et en rivalité avec l'image fraternelle ce qui le laisse à l'écart de toute attention parentale.

5. Jeux sales : « thème sadique anal »

L'image évoque les jeux de la saleté, avec un surplus d'analité agressive contre les parents, et spécialement le papa, et l'identification au petit blanc qui reste propre est une formation réactionnelle contre le sadisme anal chez l'enfant

6. Tétée 2 : « thème oral »

L'oralité est doublée de rivalité fraternelle, l'enfant exprime un refus de partage et une jalousie envers ses frères.

e. Synthèse du cas INES :

A travers l'analyse de l'épreuve PN du cas INES, on distingue une rivalité et une agressivité manifestée a l'encontre de la fratrie sur les planches jars, baiser, bataille, tétée 2.

L'enfant a recourt à la restriction dans le discours mais on perçoit sa référence à la scène primitive et l'expression d'oralité par l'évocation du désir de manger sur les planches : bataille, tétée 1 et 2, la nuit, auge, hésitation.

Le thème d'attachement est de dépendance de la mère n'est exprimé que sur la planche rêve de la mère, par contre on perçoit un attachement particulier au père et l'angoisse de séparation est peu exprimé chez l'enfant.

On a remarqué aussi que l'enfant s'identifie en permanence au héros de la scène, à l'idéal et la figure protectrice ce qui prouve qu'il assume bien son rôle.

D'après l'analyse de l'épreuve PN, on a constaté la présence en grande partie des procédés d'inhibition et d'évitement, le recours à l'évidence et accrochement au contenu manifeste des planches, restriction dans le discours, et expression d'affecte a minima, ces recours considérables à ses procédés nous laisse définir un attachement insécure de type évitant.

4. Cas 04 :

a. Présentation :

Il s'agit de celina petite fille de 6ans, elle est benjamine de la famille. Elle est née prématurément à 25 semaines d'aménorrhée, elle présente un handicap moteur de type diplégie spastique (hypertonie aux membres inférieurs).

b. Analyse de l'entretien :

Après avoir expliqué l'objectif de notre recherche Mme « h » a accepté de coopérer avec nous sans hésitation, en répondant à toutes nos questions. On a abordé la discussion par des questions concernant la grossesse et l'accouchement.

La maman nous a révélé qu'elle a eu son enfant « qu'elle a tant attendu » après cinq fausses couches dues à l'hypertension durant la période de gestation, ce qui a induit à un accouchement prématuré à 25 semaines d'aménorrhée et l'enfant a resté 15 jours sous respiratoire, et elle a reçu un allaitement artificiel dès sa naissance.

Depuis sa naissance celina présente des problèmes respiratoires et des problèmes moteurs : dyspraxie, hypotonie des membres inférieurs, baisse du rythme des manifestations tonico-musculaires qui ont affectés son équilibre en station assise ou dans la marche, associés à des troubles de la cognition, de l'attention et de la perception ; mais d'après la mère elle autonome dans la marche et elle répond souvent à ses besoins quotidiens sans l'aide de personne, mais pas assez indépendante pour aller à l'école et effectuer les diverses activités scolaires.

Après des examens neuromoteurs avancés au 6^{ème} mois, le médecin confirme aux parents que leur enfant sera handicapé, et depuis Celina est en prise en charge hebdomadaire au service de rééducation fonctionnelle

D'après notre observation, la maman n'avait pas l'air affectée par la situation de son enfant, « je savais d'avance qu'elle aura un retard puisque elle est prématuré », et d'un ton froid elle disait « je ne m'inquiète pas pour elle puisqu'on fait le nécessaire pour elle ».

Concernant l'aspect relationnel, la mère nous a révélé que celina est plus proche de son frère et de son père qu'à elle, « son frère et son père quand ils s'absentent ils lui manquent, elle les cherche, elle accourt vers eux, elle est indifférente à mon égard et parfois en colère » disait la mère.

D'après les repenses obtenu par la mère, on constate une indifférence mutuelle entre elle et son enfant, plusieurs facteurs interviennent, l'allaitement au sein est le premier acte qui unit une mère à son enfant, par ailleurs le bébé considère la personne qui le nourrit comme sa base de sécurité. Or, dans ce cas l'enfant était allaité au biberon, ce qui est un facteur défavorisant pour tisser un lien d'attachement solide.

Ainsi le handicap considéré comme un désir frustré, et une blessure narcissique pour une maman, ce qui va impérativement intervenir sur la qualité d'interaction entre la mère et l'enfant, celui-ci se construit selon ce qu'il reçoit.

c. Présentation des planches :

- Planches aimées :

Nom de la planche	Réponse	Pourquoi ?	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Baiser	Les moutons font un câlin, l'autre les regarde de loin	Parce que les moutons sont beaux	Le mouton qui regarde	Le grand frère
Hésitation	Deux mouton boivent du lait les deux autre boivent de l'eau	Parce que le mouton boit du lait	Le petit qui boit du lait	Le petit qui boit du lait
Départ	PN est debout, il regarde, sa mère n'est pas la	Parce que PN cherche sa mère	Patte noire	Patte noire
Jars	L'aigle tien le frère par la queue et l'autre le regarde	Parce que le l'aigle se débarrasse du frère	Le mouton qui regarde	Le mouton qui regarde
Tétée 1	Le mouton tète sa mère	Parce que la mère nourris et s'occupe de son fils	Patte noire	Patte noire
Tétée 2	Le mouton tète sa mère, et ses frères jouent	Parce que les frères ne dérangent pas PN et sa mère	Patte noire	Patte noire
Nuit	Le frère il veut sortir rejoindre rayan, parce qu'il a peur tout seul dans le noir	Parce que le frère protège sa sœur	personne	personne

Portée	L'artisan donne du lait à la mère et à ses enfants	Parce que la mère a mis les nouveaux nés à l'écart	L'un des moutons nourrit	L'un des moutons nourrit
Trou	PN essaye d'escalader un arbre pour se mettre à l'abri car il se passe des choses horribles dans l'obscurité	Parce que PN a trouvé ou s'abrité du danger	personne	personne

- Planches non aimées :

Nom de la planche	Reponse	pourquoi	Qui tu es ?	Qui veux-tu être ?
Auge	Les enfants de la mère dorment, PN est le fils du père	Parce qu'ils dorment	père	père
Rêve mère	PN rentre à la maison et cherche son frère	Parce que PN n'a pas trouvé son frère	Patte noire	Patte noire
Jeux sales	Les petits mouton jouent et salissent leur grand frère	Parce que la patte noire de PN l'a rendu méchant	personne	personne
Rêve père	PN dort et son frère le regarde et veille sur lui	Parce que PN dors	Le frère	Le frère
Chèvre	La chèvre a des cornes pour effrayer PN	Parce que la chèvre cogne PN avec ses cornes	Patte noire	personne
Charrette	Un homme fait monter	Parce que	La mère	Personne

	les moutons de force dans son camion pour les jeter ou il a jeté rayan	l'homme est méchant il a séparé les frères		
bataille	Tous les moutons se disputent avec PN sauf rayan	Parce qu'il se dispute	Patte noire	Patte noire

- **Les questions :**

1. qui est le plus heureux ? le frère
2. qui est le moins heureux ? les autres frères
3. qui est le plus gentil ? le frère
4. qui est le moins gentil ? la mère
5. qui préfères-tu dans cette famille ? le frère
6. que deviendra PN ? il va devenir médecin
7. que pense-t-il de sa tache ? sa tache le rend méchant et non aimable.

- **la planche fée :**

1^{er} souhait : je veux étudier et réussir

2^e souhait : je veux devenir un grand chirurgien

3^e souhait: je veux être belle

d. Analyse du contenu des planches :

- **Frontispice :** le PN est un garçon âgé de 5 ans, c'est la mère qui est perçu comme PN, les autres moutons sont les frères de PN, garçon âgé de 7ans et une sœur âgée de 5ans. Et le présumé à être le père est d'âge indéterminé. La non reconnaissance des deux gros comme parents, mais comme frère ou étrangers déduit un trouble relationnel de l'enfant avec sa famille.

- **Planches aimées :**

1- **Baiser :** « thème œdipien »

Le PN n'est pas évoqué, l'image parentale et la différence des sexes n'est pas perçue, renvoi à une précarité identitaire et identificatoire d'où le choix d'un Oedipe négatif ou positif n'est pas fait.

2- **Hésitation :** « thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion »

L'attitude d'hésitation de PN de rejoindre l'un de ses parents est scotomisé, ce qui veut dire qu'elle suscite une angoisse et une crainte d'exclusion chez l'enfant par sa famille.

3- **Départ :** « thème de départ, peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation »

PN au milieu de nulle part qui cherche sa mère, renvoi à la nostalgie de l'enfant d'une relation duelle avec la mère, peut renvoyer aussi à l'angoisse de séparation de la mère.

4- **Jars :** « thème sadique avec retournement punitif contre soi, ou de castration »

D'après la repense de l'enfant, on constate qu'il témoigne d'un sadisme et d'une agressivité envers l'image fraternelle »

5- **Tétée 1 :** « thème oral »

On constate chez l'enfant une aspiration à une relation privilégiée avec la mère.

6- **Tétée 2 :** « thème oral dans un contexte de rivalité fraternelle »

La repense de l'enfant peut renvoyer à la nostalgie d'une relation privilégiée avec la mère, ça peut renvoyer aussi à une oralité frustrée doublée de jalousie et de rivalité fraternelle.

7- **Nuit :** « thème œdipien avec voyeurisme de la chambre des parents »

Le thème de la planche est scotomisé par l'enfant, les parents ne sont pas perçus, témoigne d'une crainte de solitude et de perte chez l'enfant.

8- **Portée** : « thème de naissance et de rivalité fraternelle »

L'enfant approuve la mise à l'écart des nouveaux nés est indicateur de jalousie et de rivalité à l'encontre de l'image fraternelle.

9- **Trou** : « thème de solitude, d'exclusion, de punition ».

On constate une crainte d'abandon et de solitude dans un contexte de danger.

- **Planches non aimées** :

1- **Auge** : « thème de sadisme urétral »

L'action « du jet d'urine » est scotomisé par l'enfant, ce qui peut renvoyer à une formation réactionnelle contre la réalité agressive de l'enfant envers ses parents.

2- **Rêve mère** : « thème d'idéal du moi ou d'amour objectal »

La mère n'est pas perçue comme tel, mais comme le grand frère de PN, signifie que l'enfant a un attachement particulier avec le frère.

3- **Jeux sales** : « thème sadique anal ».

La tache noire est symbole de culpabilité chez l'enfant puisque c'est la cause du salissement qui est significatif de l'agressivité vis-à-vis de l'image parentale

4- **Rêve père** : « thème d'idéal du moi ou d'amour objectal »

L'accrochage à l'image fraternelle chez l'enfant renvoie à une relation de dépendance du frère.

5- **Chèvre** : « thème de la mère d'adoption ou de remplacement »

La chèvre qui cogne PN, est indicateur d'insatisfaction et de frustration de l'enfant dans la relation entretenu avec le substitut maternel.

6- **Charrette** : « thème sadique avec retournement punitif contre soi ».

On perçoit chez l'enfant une angoisse de séparation de sa famille.

7- **Bataille** : « thème sadique oral de rivalité fraternelle »

On constate chez l'enfant d'après sa repense un sentiment d'être rejeté et marginaliser par les autres, et un attachement particulier avec le frère aîné.

e. Synthèse du cas 04 :

Les récits de l'enfant étaient courts et bref et parfois flous et incohérent. On a constaté chez elle une angoisse de séparation et de solitude manifesté sur les planches : charrette, hésitation départ, portée et trou.

L'agressivité chez celina s'est manifestée sur la planche jeux sales envers l'image parentale, puis la rivalité fraternelle se manifestée de manière massive sur les planches: tétée 2, portée, bataille et jars.

Il paraît que celina a pu résoudre une partie de la problématique œdipienne sans pour autant faire un choix d'Oedipe positif ou négatif en introduisant son désir d'être à la place de l'un des figures qui s'embrasse sur la planche baiser.

La « famille » n'a pas été perçue dans l'histoire présentée, et l'image parentale est scotomisée ce qui peut renvoyer à la perturbation et la dislocation du groupement familial dans la vraie vie de l'enfant. Par contre on a constaté le recours constant au frère aîné, et par l'évocation de son nom « rayan », on a pu déduire que l'enfant entretient une relation particulière avec le frère, voire même une dualité dépendante.

D'après l'analyse du protocole PN, on a remarqué que le sujet a choisi les images les moins attractives, et le nombre d'identification à PN est presque imperceptible, ce qui peut renvoyer à l'esquive de l'enfant et le refus d'assumer ses tendances, peut aussi renvoyer au sentiment de culpabilité d'être ce qu'il est.

L'usage des procédés d'objectivité, la restriction et l'inhibition, le placage de repense, l'accrochage au contenu manifeste des planches nous laisse définir un attachement insécure de type désorganisé chez l'enfant.

II. Discussion de l'hypothèse :

En se référant à notre thème de recherche qui est porté sur « la qualité d'attachement chez les enfant IMC», on a formulé l'hypothèse suivante : **«L'attachement diffère d'un cas à l'autre selon la nature de soin que l'enfant reçoit».**

Après l'analyse des données recueillies par l'entretien clinique semi-directif avec les mamans et du test projectif PN, qu'on a fait passer aux enfants afin de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse on a constaté la présence de différents types d'attachements chez les quatre cas de notre groupe de recherche.

- *Notre première hypothèse partielle « les enfants IMC présentent un attachement sécure », a été confirmée chez un cas de notre groupe.*

- *La deuxième hypothèse partielle « les enfants IMC présente un attachement insécure » aussi confirmé, dont deux des cas présentent un attachement insécure de type évitant, tandis que le dernier cas présente un attachement désorganisé.*

*A partir de ces résultats, l'hypothèse supposée au début de notre étude, on arrive à **confirmer** que la qualité de soins reçue par l'enfant détermine sa qualité d'attachement.*

Conclusion

Générale

Conclusion générale

Dans cette étude on a tenté d'aborder la question de l'attachement liée à l'IMC, dont on a réalisé une étude clinique de 04 cas, tout en se basant sur une recherche bibliographique, des observations constatées lors de la pré-enquête et des résultats obtenus par les entretiens et du test projectif PN

Nous avons conclu, que le handicap physique d'un enfant constitue un traumatisme dans la psyché parentale qui a un impact sur le développement des liens parents-enfants. C'est surtout autour de la relation mère-enfant que des particularités existent notamment parce que le handicap les sépare ou les attache à jamais.

Cette étude nous a permis d'aboutir à un certain nombre de remarques :

- La qualité d'attachement se présente différemment chez les enfants IMC
- Le caractère de gravité n'est pas proportionnel à la gravité de l'handicap, mais à la manière dont il est vécu par l'enfant et par la mère.
- La mère demeure la principal figure d'attachement de l'enfant et la plus influente, du fait, la qualité de soins donnés par la mère vont déterminer la qualité d'attachement chez l'enfant, autrement dit, en fonction des repenses habituelles reçu à ses besoin, l'enfant va développer une confiance de base en l'autre, et ensuite en lui et créer son type d'attachement.
- Quatre critères chez la mère reliés directement à la qualité d'attachement chez l'enfant : la sensibilité (être en alerte aux signaux de détresse de l'enfant), l'acceptation, l'accessibilité (disponibilité physique et émotionnelle), et la coopération avec l'enfant. En se référant à ces critères on constaté que les enfants présentant un attachement désorganisé ont une maman indifférente, insensible, ou au contraire surprotectrice. Les enfants présentant un attachement sécure sont ceux qui ont une mère suffisamment bonne qui intervient au moment opportun. Alors que les mamans qui réagissent mal aux besoins de leurs enfants, ceux-ci pourraient apprendre qu'il est mieux d'éviter de

manifester directement la peine que de risquer l'abandon, alors il développe un attachement évitant.

- Le rôle du père est aussi primordial dans la création de l'attachement chez l'enfant IMC ou chez un enfant normal.

L'attachement est un système «motivationnel» inné qui s'active soit parce que l'environnement est perçu comme hostile, soit parce que l'individu ressent un déséquilibre interne (douleur, faim, fatigue, maladie...). Ce système «motivationnel» se caractérise par un ensemble de comportements ou d'actions génétiquement programmés, activés puis désactivés par des stimuli spécifiques, qui visent à atteindre un objectif particulier : permettre à l'individu de retrouver une proximité avec des personnes spécifiques – les figures d'attachement-ainsi qu'un équilibre général physique et émotionnel pour revenir à un sentiment de sécurité interne. C'est le retour à un état d'équilibre émotionnel et physiologique qui désactive le système d'attachement. Le lien d'attachement est nécessaire à la survie de l'espèce et reste actif tout au long de la vie : «L'attachement dure du berceau jusqu'à la tombe.»

Les observations et les remarques que nous avons recueilli sur le terrain d'étude nous offre l'opportunité de soulever quelques suggestions :

- **Pour les autorités concernées :**

D'ouvrir des centres, des associations ou des établissements spécialisés, pour la prise en charge des IMC et leurs parents surtout sur le plan psychologique.

- **Pour les parents d'enfants IMC :**

Il est utile et profitable pour ces parents, de se rapprocher des services psychologiques pour bénéficier d'une prise en charge, ce qui va leur permettre de dépasser leurs inquiétudes et pour apprendre à comprendre leur enfant.

- **Pour les chercheurs :**

De multiplier leurs efforts et leurs recherches sur le vécu psychologique et social des enfants IMC, pour apporter plus d'éclaircissements sur ce thème.

Nous espérons à travers ce modeste travail contribuer à faire la lumière sur le thème de l'attachement chez les enfants IMC et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

Liste bibliographique

LIVRES

1. ALEX.R, les psychanalystes et le développement de l'enfant. Edition ères, 2000
2. AKTOUF. O. Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative, une introduction à la démarche classique. Ed les presse de l'université de Québec, Canada, 1987.
3. BERNARD.G, le développement affectif et cognitif de l'enfant, 5^e édition, 2015.
4. BOEKHOLT.M, épreuve thématique en clinique infantile approche psychanalytique. Ed Dunod, Paris, 1998.
5. CAHUZAC (M), L'enfant infirme moteur d'origine cérébrale, Paris, édition Masson. 1980.
6. CHABROL (B) et HADDAD (J), Handicap de l'enfant, Doin éditeurs, groupe liaison SA, 2006.
7. CHAHRAOUI. KH ET BENONY. H. L'entretien clinique. Ed Dunod, Paris, 1999.
8. CHAHRAOUI. KH ET BENONY.H. Méthodes d'évaluations et recherche en Psychologie clinique. Ed Dunod, Paris, 2003.
9. CORMAN.L. le test PN, PUF, paris, 1974.
10. FINNIE (N.R), Abrégé de l'éducation de l'enfant IMC, édition Masson, 1996.
11. GUIDETTI (M) et TOURRETTE (C), Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Paris, 2 édition, 1999
12. GUIDETTI (M) et TOURRETTE (C), Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Paris, 3 édition, 2014
13. GUIDETTI (M).Les étapes du développement psychologique, paris, édition Armand colin, 2002.
14. INSERM, Déficiences et handicaps d'origine périnatale, éditions Inserm, 2004.
15. LAPLANCHE (J) et PANTALIS (J-B), vocabulaire de la psychanalyse, édition delta, 16. 1996.
17. LUCE (D), la motricité de l'enfant problème. Édition PRODIM, Bruxelles, 2000
18. LYON (G) et EVRARD (P), Neuropédiatrie, Paris, 2 édition Masson, 2000.
19. OLIVER (H) ET GAELLE (L), psychologie du développement cognitif, édition PUF, 2013.
20. PAQUET (y) et ANTONINI PHILIPPE (R), psychologie du sport. DUNOD, paris, 2009.

21. ROMANO (h), **la maladie et le handicap à hauteur d'enfant**. Éditions FABERT, paris, 2011.
22. VERONIQUE (L-M), **L'infirmité motrice cérébrale**, édition APF, 2002.
23. YVON.A et JAMES.L et all, **handicap et retard du développement**, Montréal, édition bélveau, 2010.
24. TARVIS.C et Wade. C. (1999). **Introduction à la psychologie, les grandes perspectives**,
25. Ed Wesley, Canada.
26. BAUDIER A ET CELESTE B **.Le développement affectif et social du jeune enfant**, paris, édition Armand colin, 2014.
27. PAPALIA D ET FELDMAN R. **psychologie du développement de l'enfant**, canada, Ed Cheneliere éducation, 2014.

THESES

28. BOUCHLOUKH M. (2008-2009), « **Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs** », thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de pr. LOUKIA H., Université Mentouri de Constantine.
29. FABIAN, B. (2007) « **spécificité des liens entre l'adaptation socioscolaire, la qualité de l'attachement au père et la qualité de l'attachement à la mère des enfants de 3 a 5 ans** », université de nantes, département de psychologie.
30. HESBEEN, W. (1990) « **Spécificité des soins infirmiers de réadaptation – Conception et gestion en centre hospitalier**. », Thèse de doctorat en santé publique, Bruxelles.

REVUES

31. Edith Goldbeter Merinfeld, **Théorie de l'attachement et approche systémique**, 2005
32. Xavier Hernandorena, **À l'aube de la motricité**, édition ERES, 2011

Site internet :

33. <http://www.cairn.info>

Annexes :

Annexes :

Annexe A :

Guide d'entretien :

Information général sur l'enfant :

- Prénom :
- Age :
- Position par rapport à sa fratrie :
- Scolarisation :

Axe I: Renseignement sur la mère, gestation et accouchement.

- Avez-vous désiré cette grossesse ?
- Pouvez-vous nous parler sur le déroulement de votre grossesse ?
- Avez-vous des problèmes de santé avant ou durant la période de grossesse ?
- Pouvez-vous nous parler du déroulement de l'accouchement ?
- Avez-vous rencontré des complications durant l'accouchement ?
- Est-ce que votre enfant présentait des problèmes de santé (anténatale, périnatale ou poste natale) ?
- Est-ce que votre enfant a fait tout ces vaccins ?

Axe II: Renseignement sur l'annonce de la maladie.

- Quand avez-vous su que votre enfant sera infirme ?
- Qui vous l'avez appris ?
- Quel était votre réaction ?
- Avez-vous été soutenu ?
- Avez-vous des connaissances sur l'infirmité motrice cérébrale ?
- Est-ce que l'arriver de votre enfant a affecté votre vie quotidienne ?

Axe III: Renseignement sur le développement de l'enfant.

- Est-ce que votre enfant a effectué les différents mouvements (rotation redressement) ?
- Est-ce que votre enfant a effectué la station assise à l'âge opportun ?
- A quel âge votre enfant a commencé à marcher ?

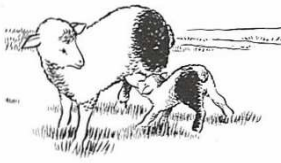
- Est-ce qui a besoin d'aide pour effectuer une tâche ?
- Est-ce que votre enfant est autonome ou dépendant ?

Axe IV: le comportement de l'enfant

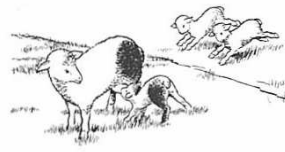
- Est-ce que votre enfant a un comportement d'évitement envers vous ?
- Est-ce que votre enfant vous résiste ?
- Est-ce que votre enfant est agressif envers vous ?
- Est-ce que votre enfant s'isole ?
- Êtes-vous déjà été séparé de votre enfant ?
- Comment était sa réaction à votre départ ?
- Comment était sa réaction à vos retrouvailles ?
- A qui vous le confiez dans la nécessité ?
- Accepte-t-il le contact avec les autres ?

Annexe B :

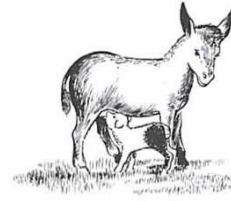
Test projectif PN :



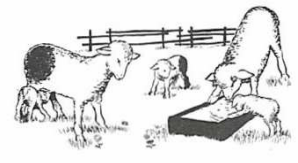
1. Tétée 1



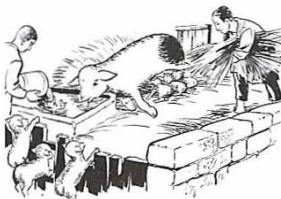
2. Tétée 2



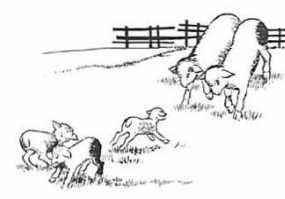
3. Ane



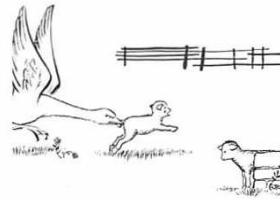
4. Hésitation



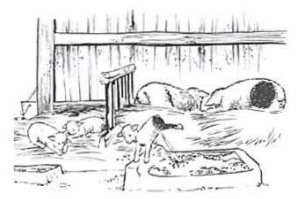
5. Portée



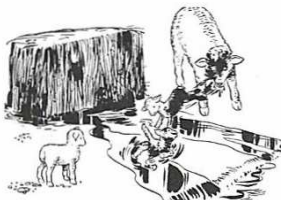
6. Bataille



7. Jars



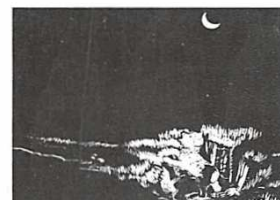
8. Auge



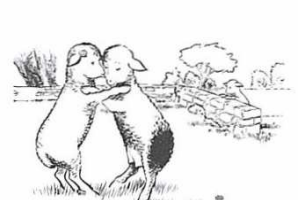
9. Jeux sales



10. Charette



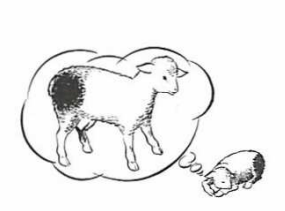
11. Trou



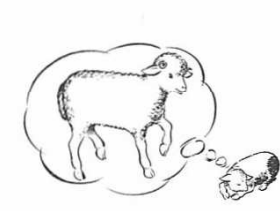
12. Baiser



13. Nuit



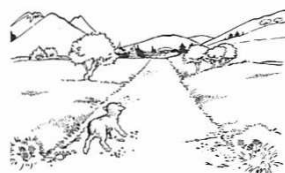
14. Rêve M



15. Rêve P



16. Courte Echelle



17. Départ



18. Fée