

**UNIVERSITE A. MIRA - BEJAIA -**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**



**MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE**

En vue d'obtention d'un diplôme de master

Option : psychologie clinique

**Thème**

**La Dépression chez les Enfants  
Hospitalisés**  
Etude de 6 cas réalisés au CHU de Béjaïa

**M<sup>r</sup>**: DJENNAD hocine

**M<sup>me</sup>**: DOUAKH alima

**M<sup>r</sup>**: LAMROUS M<sup>ed</sup> amine

**2014-2015**

# REMERCIEMENT

*Grand merci au dieu, qui nous a offrir la chance et le courage pour réaliser ce travail.*

*Nous tenons aussi à remercier particulièrement notre promotrice Madame **DOUKH** Alima Zui a bien voulu diriger cette recherche nous faisant bénéficier de la qualité de son enseignement et d'écoute, ses conseils professionnels et personnels, sa disponibilité, sa patience et sa bonne humeur.*

*En deuxième lieu, on tient à remercier l'ensemble du personnel du **CHU** Khellil Amrane y compris la psychologue, madame **MARIEM**, pour son orientation et ses qualités humaines, durant toute la période de stage.*

*Nos plus vifs remerciements sont destinés aux enfants hospitalisés au service pédiatrique du **CHU** qui ont contribué à la réalisation de ce travail.*

MERCI À VOUS TOUS.



# *Dédicaces*

**Je dédie ce modeste travail**

**A mes très chers parents qui m'ont toujours aidé et soutenu, et à ma grande mère que j'aime beaucoup.**

**A mes sœurs et frères, Djedjega et ses enfants**

**adorables Gilas et Mouhou, Zoulikha,**

**Et mes frères Bilal et Rametane.**

**A mes amis Zahir, Hakim, Laala, Zahir**

**A ma belle famille et ma très**

**Chère copine Sabrina.**

**Hocine**

# *Dédicaces*

*Je dédie ce travail à mes :*

*Parents*

*Sœurs et frères*

*Familles*

*Amis*

*Et*

*Enseignant*

*Mohammed Amine.*

# TABLE DE MATIÈRE

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <b>Introduction</b> ..... | 01 |
|---------------------------|----|

## ***PARTIE THEORIQUE***

### **PREMIER CHAPITRE : L'ENFANCE**

|                        |    |
|------------------------|----|
| <b>Préambule</b> ..... | 04 |
|------------------------|----|

|  |    |
|--|----|
| 1) Évolution historique .....  | 04 |
| 2) Définition du terme « enfance ».....                                  | 05 |
| 3) Qu'est-ce que un enfant .....   | 06 |
| 4) Principales étapes de développements de l'enfant.....                 | 06 |
| 4-1) Développement biologique .....                                      | 07 |
| 4-2) Le développement affectif selon l'approche psychanalytique .....    | 08 |
| 4-2-1) L'approche freudienne .....                                       | 08 |
| 4-2-2) L'évolution des relations objectales dans théorie de Spitz .....  | 09 |
| 4-2-3) Bowlby et les éthologistes .....                                  | 09 |
| 4-2-4) Winnicott .....   | 10 |
| 4-3) Développement des notions sociales et morales chez l'enfant.....    | 10 |
| 4-3-1) Les stades de développement social selon Wallon (1879-1962) ..... | 10 |
| 4-4) Le développement cognitif selon Piaget .....                        | 12 |
| 4-4-1) Stade de l'intelligence sensori-motrice (0/18 mois) .....         | 13 |
| 4-4-2) Stade de la pensée opératoire (3/8 ans) .....                     | 14 |
| 4-4-3) Stade des opérations concrètes (7/11 ans) .....                   | 14 |
| 4-4-4) Stade de la pensée formelle (à partir de 12 ans) .....            | 14 |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| <b>Conclusion</b> ..... | 15 |
|-------------------------|----|

## DEUXIEME CHAPITRE : L'ENFANT HOSPITALISE

|  |    |
|--|----|
| <b>Préambule</b> .....   | 16 |
| 1) Définition des concepts de base .....                                       | 16 |
| 1-1) La maladie .....  | 16 |
| 1-2) L'hospitalisation.....  | 16 |
| 1-3) La maladie d'une manière générale .....                                   | 17 |
| 2) Les types de maladies .....   | 18 |
| 3) Maladie, santé et qualité de vie .....                                      | 19 |
| 4) Le vécu de la maladie .....   | 20 |
| 5) L'enfant malade .....   | 21 |
| 6) L'enfant et la santé, la maladie et la mort .....                           | 22 |
| 7) L'enfant malade dans sa famille .....                                       | 22 |
| 8) L'hospitalisation .....   | 23 |
| 8-1) Différents types d'hospitalisation.....                                   | 24 |
| 8-2) Le premier accueil de l'enfant à l'hôpital .....                          | 25 |
| 8-3) Les besoins de soutien des parents d'enfant hospitalisé .....             | 25 |
| 8-4) Les différentes caractéristiques d'une expérience d'hospitalisation ..... | 26 |
| 8-5) L'impact de l'hospitalisation sur la famille et sur le parent .....       | 26 |
| 8-6) Les risques de l'hospitalisation.....                                     | 27 |
| 8-7) Les réactions des enfants suite à leurs hospitalisations.....             | 27 |
| 8-8) Besoins axés sur des aspects psychologiques et sociaux de l'enfant.....   | 28 |
| <b>Conclusion</b> .....  | 29 |

## TROISIEME CHAPITRE : LA DÉPRESSION CHEZ L'ENFANT

|  |    |
|--|----|
| Préambule.....   | 30 |
| 1) Aperçue Historique.....   | 30 |
| 2) Définition de la dépression .....   | 30 |
| 3) L'épidémiologie: la prévalence, et la répartition de la dépression selon le sexe..... | 33 |
| 4) Les modèles explicatifs .....   | 35 |
| 5) Implication pour le Diagnostic.....   | 39 |
| 6) Les types de la dépression selon le DSM .....   | 40 |
| 7) Les signes et symptômes communs de la dépression .....                                | 42 |
| 8) Les causes de la dépression .....   | 45 |
| 9) Les caractéristiques de la dépression névrotique .....                                | 48 |
| 10) Images de dépression chez l'enfant .....   | 49 |
| 11) Comment reconnaître les troubles dépressifs chez l'enfant .....                      | 50 |
| 12) L'épisode dépressif chez l'enfant .....  | 51 |
| 13) L'équivalent dépressif .....   | 51 |
| 14) Traitement et prise en charge de la dépression .....                                 | 51 |
| Conclusion .....   | 55 |

## PROBLEMATIQUE ET DE L'HYPOTHESE

|  |    |
|--|----|
| Problématique .....                      | 56 |
| Hypothèse .....                          | 59 |
| 1) Les motivations de la recherche ..... | 60 |
| 2) Les objectifs de la recherche .....   | 60 |
| 3) Le cadre référentiel .....            | 60 |

## ***PARTIE PRATIQUE***

### **QUATRIEME CHAPITRE : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

|  |    |
|--|----|
| Préambule .....  | 61 |
| 1 ) Définition des concepts .....                                | 61 |
| 1-2) L'opérationnalisation des concepts .....                    | 62 |
| 2) La pré-enquête .....  | 63 |
| 3) La méthode clinique .....                                     | 64 |
| 4) Le groupe de recherche .....                                  | 65 |
| 4-1) Tableau 1 groupe de recherche et ses caractéristiques ..... | 65 |
| 4-2) Critères de la sélection .....                              | 66 |
| 5) Présentation de lieu de recherche .....                       | 66 |
| 5-1) Le CHU de Bejaia .....                                      | 67 |
| 5-2) Présentation de CHU de Bejaia .....                         | 67 |
| 6) Les outils de recherche .....                                 | 68 |
| 6-1) L'entretien de recherche .....                              | 68 |
| 6-2) Déroulement de l'entretien .....                            | 69 |
| 6-3) L'entretien semi-directif .....                             | 70 |
| 6-4) Le guide d'entretien .....                                  | 70 |
| 7) Le dessin libre .....   | 71 |
| Définition .....   | 72 |
| 7-1) Matériel de passation de dessin libre .....                 | 72 |
| 7-2) Une production sans consigne .....                          | 72 |
| 7-3) L'étude psychologique de dessin .....                       | 73 |
| 7-4) Le dessin comme un rébus symbolique .....                   | 73 |
| Conclusion .....   | 76 |



# CINQUIEMES CHAPITRE ANALYSE DES DONNES ET DISCUSSIONS DES HYPOTHESES

|   |     |
|---|-----|
| Préambule .....   | 77  |
| 1 Présentation et analyse des résultats de la recherche ..... | 77  |
| A. Cas 1 .....  | 77  |
| B. Cas 2 .....  | 81  |
| C. Cas 3 .....  | 85  |
| D. Cas 4 .....  | 89  |
| E. Cas 5 .....  | 93  |
| F. Cas 6 .....  | 96  |
| I Discussion des hypothèses .....                             | 101 |
| II Conclusion .....   |     |
| Liste bibliographie.....                                      |     |
| Annexes .....   |     |

# **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

### **Introduction**

Pour bien se développer, un enfant devrait idéalement être élevé dans un milieu familial favorable, auprès de parents capables d'assurer la continuité et la qualité de son projet de vie. La capacité d'aimer, précocement développée dans les toutes premières relations avec la mère et le père, est très probablement un atout pour le développement. Un nourrisson a un besoin premier d'attachement sécurisant et stable avec une figure maternelle primaire. Ensuite, l'enfant va apprendre à se séparer, ce qui est douloureux, mais indispensable à son ouverture au monde extrafamilial.

Des milliers d'enfants, partout dans le monde, font face à la maladie, quelles que soient sa durée et sa gravité, marque la vie psychologique et sociale de l'individu. C'est une épreuve, une crise, lui modifie une situation relationnelle préalablement établie.

Aussi semble-t-il tout à fait indispensable de pratiquer une analyse soignée de tous les paramètres en jeu, car les réactions psychologiques à la maladie ne peuvent être considérées comme des épiphénomènes. Elles font partie intégrante du processus de maladie lui-même, influençant de façon inquiétante son évolution.

L'enfant, lorsqu'il est malade, reste « celui qui connaît le mieux sa maladie, n'a pas toujours les moyens ni l'audace d'exprimer et de rationaliser cette connaissance, mais a toujours son idée » (Kipman, 1981) et effectue ce que certains ont appelé « un travail de la maladie », un « texte de la maladie » (Pédinielli, 1987, 1990), un « travail de la souffrance » (Gutton, 1979).

Ce travail de traduction reste, bien entendu, douloureux, particulièrement à certaines phases, comme si le malade était « travaillé » au sens de « torturé » par sa maladie.

Selon Ybert et al « Altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. » .

Donc, toute maladie peut mener l'individu quelque soit enfant, adulte ...etc. vers une hospitalisation qui leur provoquent d'importantes perturbations psychologiques. L'enfant arrive dans un milieu inconnu auquel il doit s'adapter. Il aura besoin de tous les repères qui font son quotidien, entre autres : ses parents, pour qu'il puisse vivre son hospitalisation en toute sérénité.

En effet, lors de son hospitalisation, quel qu'en soit le motif, l'enfant apporte avec lui toutes ses expériences et habitudes antérieures qui conditionnent son vécu pendant son séjour.

Prendre en considération l'enfant dans son entité, tenir compte de son affectivité, de son développement comme de son rythme de vie, de ses habitudes alimentaires, de ses jeux, de ses relations avec son entourage est une nécessité.

Ainsi, l'enfant est brusquement arraché de son milieu familial pour être déposé dans un lit et se trouve brutalement confronté avec des visages inconnus, parfois masqués, dont les sourires de bienvenue sont immédiatement suivis de manipulations diverses pour la plupart douloureuses.

Ce changement soudain de situation s'intègre de surcroît dans un contexte déjà pathologique et ne comporte aucune explication logique pour notre jeune malade.

Selon les parents, l'hospitalisation engendrait non seulement une séparation physique de la famille, mais créait un stress énorme sur la relation de couple comme le souligne d'ailleurs Duhamel (2007). Certains allant jusqu'à dire que le stress de l'hospitalisation avait ou allait causer une rupture au sein de leur couple. D'ailleurs, certains membres du groupe articulaient leurs difficultés à concilier leurs différentes responsabilités reliées au travail, à la famille et à l'hospitalisation.

L'hospitalisation est une situation paradigmatique de l'activation du système d'attachement, car elle confronte l'enfant à un environnement nouveau, avec des coutumes nouvelles, au contact de multiples étrangers prodiguant des soins plus ou moins invasifs. Nous savons aussi que les conséquences sur les représentations d'attachement de l'enfant et les séquelles sont plus probables si l'enfant est jeune, c'est-à-dire entre 6 mois et 4 ans. La théorie de l'attachement nous permet de mieux en comprendre les enjeux et de proposer des aménagements lorsque l'hospitalisation est nécessaire.

À ce point, on peut distinguer que chaque séparation qui se manifeste entre mère ou proche quelque soit les personnes de la famille ou les amies et chaque activité ou

loisir ou chaque situation d'un enfant suite a une hospitalisation peut provoquer une dépression qui est le résultat de notre thème de recherche.

Cette conséquence pourrait se définir une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organiques.

L'objectif de notre travail de recherche est de connaitre l'impacte de l'hospitalisation sur la vie psychique qui est entourer des personnes inconnues, de traitements qui nuit sa santé et sa séparation de sa famille et de ses proches (amies) a fin d'atteindre une dépression.

Dans le but de réaliser notre étude, on a choisi un seul terrain, nous sommes rapprochés de l'hôpital de CHU de Bejaia plus particulièrement aux deux services de pédiatrie et la chirurgie de pédiatrie pour sélectionner notre population d'étude.

Notre présente recherche est constituée d'une partie théorique et partie pratique.

La partie théorique comporte trois chapitres, le premier est consacré pour l'enfance, dont le second est consacré pour l'enfant hospitalisé et le troisième qu'est consacré pour la dépression, ensuite on présente la problématique et les hypothèses.

La deuxième partie contient deux chapitres, le quatrième sur la méthodologie de la recherche et le cinquième concerne, l'analyse des donnés et discussion des résultats.

# **PARTIE THÉORIQUE**

# **PREMIER CHAPITRE**

## *L'enfance*

**Préambule**

L'objectif de ce chapitre est de présenter toutes les étapes de base de cette période d'enfance de sa conception jusqu'à l'âge d'achèvement de cette sensible période. Dans la première section de ce chapitre, nous exposerons un bref rappel historique et décrirons les différentes périodes de la vie d'enfant et quelque définition de base sur l'enfant. La seconde section du chapitre sera consacrée aux différents stades de développements de la vie infantine.

**1) Évolution historique**

Les historiens se sont intéressés au concept de l'enfance surtout sur la publication d'un livre devenu célèbre, l'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime de Philippe Ariès ; on notera aussi les travaux de Michelle Perrot sur la famille et la vie privée et d'Élisabeth Badinter sur l'amour maternel. Ariès étudie la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles et il a noté qu'avant le XIIe et XIIIe siècle l'enfant était représenté comme un petit adulte, c'est-à-dire reconnaissable uniquement par sa petite taille. Ce n'est qu'à partir du XIIIe siècle que l'art accorde une morphologie propre de l'enfant représenté. (Michael Hesselberg, 2001, p8-9).

En partant de ce constat et en étudiant les modes de vie des populations(en France) à travers l'histoire, Ariès distingue deux périodes :

**1. 1ere périodes**

La société traditionnelle se représentait mal l'enfant et encore moins l'adolescent. La durée de l'enfance était réduite à sa période la plus fragile quand l'enfant n'arrivait pas à se suffire. L'enfant à peine débrouillé physiquement était mêlé aux adultes, partageant leurs travaux et leurs jeux. Des très petits enfants il devenait un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse devenues des aspects essentiels des sociétés évoluées d'aujourd'hui. La socialisation et la transmission des valeurs et des savoirs n'était donc pas assurées par la famille, l'enfant tirait par la famille, l'enfant s'éloignait vite de ses parents. L'éducation se faisait par l'apprentissage, grâce à la coexistence des enfants et des adultes. L'enfant tirait ses connaissances en aidant les adultes. Les échanges affectifs et les communications sociales avaient lieu en dehors de la famille, dans un milieu très dense et chaleureux composé de voisins, d'amis, de maîtres et serviteurs, d'enfants et de vieillards, de femmes et d'hommes. (Ibid., p8-9).



## **2. 2eme périodes**

Elle commence à partir de la fin du XVIIe siècle, lorsque progressivement l'école s'est substituée à l'apprentissage comme moyen d'éducation. L'enfant a cessé d'être ménagé aux adultes et d'apprendre la vie directement à leur contact. Il a été séparé des adultes et maintenant à l'écart (la scolarisation) avant d'être lâché dans le monde. Cette séparation des enfants et des adultes était due en très grande partie à la tentative de moralisation des hommes voulue par l'Église. Les parents s'intéressèrent aux études de leurs enfants et la famille devint ainsi un lieu d'affection pour Ariès le sentiment de famille est né avec la scolarisation intense de la jeunesse. (Michael Hesselberg, 2001, p8-9).

D'autres historiens ont affiné cette étude de l'enfance à travers les époques. Il semble donc maintenant assuré que la place accordée à l'enfant est variable suivant les sociétés et qu'elle s'est considérablement modifiée à partir du XIXe siècle, sous l'effet du culte de la maternité. C'est à cette époque que l'enfant devient l'objet d'un attachement spécifique qui ne fera que de cotres avec les progrès de la médecine, puis la généralisation de la contraception dans les sociétés industrielles. Il semble aller de soi que plus le taux de mortalité diminue, plus la perte d'un enfant n'est douloureuse. De même, plus l'enfant est désiré consciemment, plus sa place n'est censée devenir importante dans l'affect paternel. C'est dans ce contexte et dans la crise de la famille bourgeoise que sont nées la psychologie de l'enfant et la psychanalyse. (Ibid., p 8-9).

### **2) Définition du terme « enfance »**

Période de la vie où s'effectue une succession ininterrompue et rapide de changement : dans les situations environnementales physiques et sociales où l'enfant est successivement placé en fonction de leur variation en âge (crèche, école...), dans les comportements, actions et réactions que l'on attend d'eux, dans leurs compétences intellectuelles et affectives. (CEMEA-INFOP, p13).

#### **1-2) Selon L'OMS**

Dans son rapport, Stratégie pour une politique de santé, en 1997, le Haut Comité de la Santé publique définit l'enfance et l'adolescence comme « les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration de la vie sociale plus ou moins réussie... un

moment d'identification personnelle et sociale... celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler les facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie ». (Danièle S. mmelet, 2006, p4).

## **2-2) Selon le grand dictionnaire de la psychologie**

Avant de désigner une notion dans les divers champs du savoir contemporain, l'enfance est un terme de notre langue, mis en jeu dans le discours à côté du terme enfant, dont il se distingue par son statut sémantique. Alors que « les enfants » désignent les individus d'une classe d'âge (d'ailleurs définie d'une manière fluctuante selon les circonstances et les époques), le terme d'enfance renvoie à l'« être enfant » et reçoit son sens d'une constellation d'attributs eux-mêmes dépendants de l'évolution des mentalités dans notre histoire. (Henriette Bloch, Roland Chemama, 1999, p309).

## **3) Qu'est-ce qu'un enfant**

L'enfant ne représente pas une entité stable, toujours identique, personnifiée d'emblée : de « L'infant » (celui qui ne parle pas) à l'adolescent, il se construit, en tissant des liens progressifs avec ses proches et son environnement. (Catherine Graindorge, 2005, p6).

Le terme enfant désigne les membres d'une classe d'âge dont les critères de définition varient en fonction des attitudes, des époques et des âges. Il vient du latin *infantia* ce qui veut dire le défaut d'éloquence. En psychanalyse, *infans* désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité, celui à la place duquel on parle. (Freud parle de "détresse originelle du nourrisson" pour désigner la dépendance physique et psychique.)

## **4) Principales étapes de développements de l'enfant**

Ces étapes vont rendre compte des éléments que nous estimons être des connaissances de base sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, permettant de mieux comprendre ensuite l'articulation entre le développement du sujet et ses milieux de vie. Nous évoquerons au fil du texte trois grandes périodes de la vie : la petite enfance (de la naissance à 3 ans), l'enfance préscolaire (de 3 à 6 ans), l'enfance scolaire (de 6 à 11-12 ans) et enfin l'adolescence (de 11-12 ans à la majorité). Ces

périodes correspondent aussi à des appellations qui évoluent au fur et à mesure que le sujet grandit : nouveau-né, nourrisson, bébé, enfant d'âge préscolaire, enfant d'âge scolaire, adolescent. (Hélène R-D, Claire S-M, Nathalie O-R, p46).

Les premières années de la vie de l'enfant sont particulièrement cruciales pour le devenir de l'enfant, même si on ne peut soutenir que « tout se joue avant 6 ans ». Durant cette période, en dehors et par delà la croissance physique très spectaculaire, se produisent des transformations essentielles articulées entre elles. (Ibid., p46).

#### **4-1) Développement biologique**

L'enfance comprend plusieurs stades successifs : la période néonatale, la première enfance et la seconde enfance. (Larousse médicale, multimédia, 2006).

— **La période néonatale**, c'est-à-dire le stade du nouveau-né, va de la naissance au 28<sup>e</sup> jour de la vie et commence par une période d'adaptation à la vie extra-utérine (du 1<sup>er</sup> au 7<sup>e</sup> jour), durant laquelle l'enfant pourrait être particulièrement exposé à des pathologies comme l'anoxie (manque d'oxygénation, du cerveau notamment). Cette période est également celle où l'on peut découvrir d'éventuelles anomalies, dont certaines sont systématiquement dépistées (phénylcétonurie, hypothyroïdie).

— **La première enfance** caractérise le nourrisson et va de 29 jours à 2 ans. C'est une période d'intense développement de tous les organes et en particulier du cerveau. Les acquisitions psychomotrices sont rapides. La personnalité affective se dessine. Durant cette phase d'adaptation immunitaire, l'enfant doit faire face aux multiples agressions infectieuses dont il est l'objet (virales surtout, bactériennes parfois). La pathologie infectieuse constitue ainsi le premier motif de consultation pour les nourrissons. Il est également recommandé de procéder durant cette période au dépistage d'éventuels troubles auditifs ou visuels.

— **La seconde enfance** se situe entre 2 et 12 ans. La vitesse de croissance est plus faible (5 centimètres par an environ) et les acquisitions de l'enfant se situent essentiellement dans le domaine socioculturel. On distingue l'âge préscolaire (2-6 ans), âge de maturation et de socialisation, et l'âge scolaire (6-12 ans), phase durant laquelle s'élargissent et se perfectionnent les connaissances. (Larousse médicale, multimédia, 2006).

## **4-2) Le développement affectif selon l'approche psychanalytique**

L'enfant pour grandir harmonieusement a besoin de relation affective stable et satisfaisante. Son développement affectif se crée en contact étroit avec sa relation à sa mère (ou de toute autre personne s'occupant de lui. Le nouveau-né a, un besoin vital de sa mère pour satisfaire a ses besoins primaires (nourriture, soin), mais il a aussi besoin d'affection. (CEMEA-INFOP, p15).

### **4-2-1) L'approche freudienne**

Freud fractionne l'évolution de l'enfant en périodes, les stades (Freud, 1905) caractérisés par :

- un investissement de l'énergie pulsionnelle (« libido ») sur une zone érogène donnée (zone par laquelle l'enfant emmagasine le maximum de plaisir). Dolto (1971) définit les pulsions comme « des poussées, premiers élans de source physiologique, vers un but; elles demandent un assouvissement » et peuvent se heurter à des interdictions ;(ibid., p9).

Freud distingue donc deux périodes essentielles :

La période prégénitale dès le début de la vie avec la succession des zones érogènes prédominantes (oral, phallique ou urétrale), et la période génitale proprement dite qui commence à l'adolescence. Entre les deux s'étend une période de l'latence (en gros entre 6 et 12 ans) au cours de laquelle les pulsions changent de but en se tournant vers des objectifs plus socialisés, rendant l'enfant plus disponible pour des apprentissages de type pédagogique. L'avènement de cette période correspond à un refoulement important (rejet dans l'inconscient de représentation jugée inacceptable par le moi de l'enfant).

Les étapes de développement se succèdent de façon très progressive, en laissant des traces à partir desquelles des points de fixation sont susceptibles de se cristalliser et de donner lieu par la suite à des régressions. Leur connaissance est donc indispensable à la compréhension de la pathologie adulte. (Catherine TOURRETTE, Michèle GUIDETTI, 2008, p30).

#### **4-2-2) L'évolution des relations objectales dans la théorie de spitz**

A la suite de Freud, plusieurs auteurs se sont attachés à décrire de quelle façon évoluaient les relations affectives entre le bébé et l'objet de son investissement des pulsions, qui conduit à la satisfaction, n'est pas forcément extérieur à l'enfant : il peut être à certains moments une partie du corps de l'enfant, ou effectivement lui être extérieur. Il n'est donc pas forcément constant au cours du développement. L'évolution de la relation objectale (entre le sujet et l'objet de ses pulsions). (Catherine TOURRETTE, Michèle GUIDETTI, 2008, p102).

La description de spitz est intéressante, car les aspects affectifs ne sont pas dissociés des aspects cognitifs et sociaux et la description des différentes étapes avec la notion d'organisateur marque bien les progrès de la structuration de l'enfant. L'objet d'investissement des pulsions est investi avant d'être perçu et reconnu, puis il est perçu et reconnu et cette perception structure le moi de l'enfant. La reconnaissance de sa mère comme une personne distincte de lui et objet d'investissement de ses pulsions est un facteur essentiel de la maturation de l'enfant. L'apparition des déferlants organisateurs se produit sans doute un peu plus tôt que ne l'a décrit spitz : le sourire à la fin de premier mois, l'angoisse de séparation à partir de 6 mois et le « non » vers 15 mois. Cela provient du fait, non pas que les enfants ont changé depuis spitz, mais que ses observations ont porté sur des enfants en état de carences affectives plus ou moins importantes (par exemple sur des enfants vivant avec leur mère incarcérés, ou abandonnés). Les travaux de spitz sur les carences affectives font d'ailleurs toujours autorité. (Ibid., p103).

#### **4-2-3) Bowlby et les éthologistes**

Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, reprend les études de Harlow concernant les singes rhésus qui montraient qu'expérimentalement, chez ces singes :

- les bébés restaient agrippés à des mères mannequins entourées de fourrure, alors qu'elles ne donnaient pas de lait ;
- ils délaissaient des mères mannequins en fil de fer qui donnaient du lait, mais qui n'avaient pas de fourrure.

Harlow concluait que l'attachement des bébés singes prévalait sur leur pulsion d'autoconservation (besoin de se nourrir). Bowlby adapte ces concepts à la situation de séparation précoce mère/bébé qui entraîne, lorsqu'elle est mal engagée (brutalité de la séparation, angoisse des deux partenaires, etc.) des troubles de l'attachement primaire

(attachement « non sécure»), provoquant secondairement des difficultés de socialisation (Catherine TOURRETTE, Michèle GUIDETTI, 2008, p16-17).

#### **4-2-4) Winnicott**

De la pédiatrie à la psychanalyse. Winnicott, pédiatre anglais devenu psychanalyste d'enfant, a développé des concepts cliniques imagés qui restent très opérationnels en clinique courante.

Accorde une grande importance à l'interaction entre le bébé et sa mère. Celle-ci assume trois fonctions essentielles :

- le « Holding », ou soutien physique du nourrisson, qui fournit une cohérence aux éléments sensorimoteurs du bébé.
- le « Handling », ou manipulation du nouveau-né (habillage, toilette, caresses) ;
- la « Présentation de l'objet » (par exemple le sein). Winnicott forge le concept de « mère suffisamment bonne » pour désigner une mère qui répond de manière adaptée aux besoins du nourrisson.

Winnicott s'est particulièrement intéressé à « l'objet transitionnel », peluche ou morceau de tissu (le fameux doudou) auquel le jeune enfant s'attache. Cet objet établit une transition entre lui-même et un objet pleinement extérieur à lui-même. Son usage constitue un élément normal du développement de l'enfant. (CEMEA-INFOP, p11)

#### **4-3) Développement des notions sociales et morales chez l'enfant**

Le développement socio-affectif de l'enfant en considérant dans un premier temps le bébé à l'enfant d'âge scolaire, puis l'adolescent. Nous allons développer les bases de la relation à autrui via les émotions, la subjectivation et l'autonomie.

##### **4-3-1) Les stades de développement social selon Wallon (1879-1962)**

L'optique dans laquelle se place le français H. Wallon est beaucoup plus large que celle de Piaget : il ne se limite pas à l'étude de la genèse de la cognition, mais veut englober l'ensemble du développement de l'enfant dans une même perspective intégrant aussi bien les aspects cognitifs que les aspects affectifs et sociaux de la personnalité de l'enfant, qui, pour lui, sont indissociables. Il considère en effet que l'enfant est un être social dès sa naissance (il utilise même l'expression « génétiquement sociale ») et qu'il construit progressivement son identité à travers ses

relations à autrui. L'environnement dans lequel se développe l'enfant permet d'actualiser les personnalités qui résident dans son programme génétique en lui apportant au fur et à mesure des occasions d'exercer ses nouvelles capacités. (Catherine TOURRETTE, Michèle GUIDETTI, 2008, p17).

- **L'enfant entre 2 et 3 ans**

L'enfant entre deux et trois ans acquiert de l'autonomie. Il entre dans une période d'opposition (« non ») et d'affirmation de soi. Il éprouve des sentiments très intenses, souvent incompréhensibles pour l'adulte, car très ambivalents (l'enfant peut profondément aimer et détester un même objet simultanément). Si les débuts de l'acquisition du langage permettent à l'enfant de communiquer ses désirs et besoins, l'enfant exprime encore principalement ce qu'il ressent par le biais du corps. (CEMEA-INFOP, p19).

- **L'enfant de 3 à 6 ans**

A cet âge, l'enfant éprouve sa propre identité et prend conscience de l'ambivalence de ses sentiments. Il continue l'affirmation de soi rendue possible grâce au « non ». Il fonctionne de manière égocentrique. Il ne peut s'imaginer ce que les autres ressentent et les conséquences plus lointaines de ses actes. Il perçoit la souffrance des autres, mais a de la difficulté à en comprendre les raisons. Son égocentrisme le fait se sentir responsable, coupable de situation qu'il ne comprend pas. Sur le plan cognitif, il peut comprendre certaines situations, mais il ne les accepte pas. Sa compréhension intellectuelle semble déconnectée du désir affectif. L'entrée de l'enfant à l'école lui permet d'avoir une vie sociale en dehors de sa famille. (Ibid., p19).

- **L'enfant de 6 à 10 ans**

L'enfant acquiert un sens moral qui influence ses règles de vie et le jugement qu'il porte sur autrui. La pudeur et une plus grande discrétion dans les marques de tendresse expriment la nécessité pour l'enfant de se protéger en mettant une certaine distance entre lui et ses parents. L'apparition des relations amicales marque un tournant dans la vie affective. Il investit davantage ses pairs selon un mode relationnel moins passionnel. Lors de situations inhabituelles, il a besoin de trouver un coupable (qui ne soit pas lui) et de le punir en refusant de manifester son amour à cette personne. Il ne supporte que très difficilement deux sentiments contraires. Un de ses

principaux objectifs est de connaître la vérité (besoin d'avoir une seule personne de référence amenant au phénomène d'exclusion des autres personnes n'ayant pas la même version des faits). (CEMEA-INFOP, p19).

- **L'enfant de 10 à 12 ans**

L'enfant de dix à douze ans acquiert et développe des notions et des valeurs qui lui sont personnelles et qui ne sont plus obligatoirement celles de son environnement immédiat. Il ressent une grande émotivité affective. En effet, il est extrêmement sensible aux situations vécues, il ressent avant de penser. Ses sauts d'humeur et de caractère entraînent un manque de stabilité dans ses opinions ; il reste encore très exposé aux influences extérieures notamment celles de l'adulte. Par rapport à l'adulte, une attitude double est ressentie, d'une part, le système adulte est rejeté parce qu'il le rend responsable des injustices et des imperfections qu'ils ressentent, de l'autre, il a besoin de confronter sa nouvelle pensée à celle de l'adulte, lequel a souvent le dernier mot. Le jeune peut ressentir le sentiment de ne pas avoir pu se défendre à armes égales. (Ibid., p19)

- **Adolescent**

L'adolescent prend de la distance vis-à-vis du discours de l'adulte, qui n'est plus perçu comme détenteur de la vérité absolue. Il découvre la multiplicité des opinions, les contradictions, les oppositions et peut adhérer à l'une ou l'autre. Sa vision des choses peut être fortement influencée par des éléments extérieurs (amis, lectures ou médias), peu perceptibles par l'adulte. Il peut se réfugier dans un monde constitué uniquement par ses pairs. L'adolescence se caractérise par des mouvements d'affirmation de soi et d'opposition et se définit comme une période de recherche d'identité. (Ibid., p19-20).

#### **4-4) Le développement cognitif selon J. Piaget**

Piaget, Psychologue suisse étudie la genèse de la pensée catégorielle, logique et symbolique chez l'enfant. Il décrit des stades au cours desquels certains acquis s'intègrent dans la structure de l'âge suivant, grâce à trois mécanismes prévalents de développement de la pensée :

- **l'adaptation** : la pensée établit un équilibre entre l'organisme lui-même et le milieu extérieur



- **l'assimilation** : la pensée intègre de nouveaux éléments, notamment à partir de processus d'imitation
- **l'accommodation** : la pensée transforme les structures du sujet en fonction d'éléments du monde extérieur ce qui lui donne accès aux processus d'identification. Ces deux derniers mécanismes sont en constant équilibre durant tout le développement. (Catherine GRAINDORGE, 2005, p26).

#### 4-4-1) Stade de l'intelligence sensorimotrice (0/18 mois)

L'enfant reste encore très peu différencié du monde extérieur. Grâce à la mise en place de schèmes d'action, il agit de façon réflexe ou enchaîne ses actions de façon toujours identique dans les mêmes circonstances interactives (par exemple le nourrissage). Réactions circulaires primaires puis en réactions circulaires secondaires (8-9 mois), reproductions actives d'enchaînement d'actions qui cherchent à provoquer un résultat.

Parallèlement, entre 5 et 8 mois, la permanence de l'objet s'établit (quand on cache un objet que l'enfant a repéré derrière un écran, il cherche à le retrouver : il en a donc construit une représentation mentale). Des réactions circulaires tertiaires se construisent ensuite (11/18 mois), véritables recherches intentionnelles de nouveautés qui ne sont pas déclenchées par hasard.

Vers 18 mois, la pensée devient « préopératoire » : l'enfant met en place une amorce de fonction symbolique qui lui permet de représenter les objets, à travers, notamment, son début d'accès au langage. (Ibid., p26-27).

#### 4-4-2) Stade de la pensée opératoire (3/8 ans)

La pensée agit maintenant sur les actions intériorisées par l'enfant celles-ci deviennent progressivement réversible et symbolisables. La pensée de l'enfant de 3/4 ans est :

- *animiste* (les choses sont pour lui vivantes et douées d'intention) ;
- *finaliste* (il pense qu'il y a toujours une raison à tout, d'où ses sempiternels « pourquoi ? »).
- orientée par un seul point de vue et il ne peut généraliser de façon adéquate sa pensée (par exemple, il voit la lune qui a un aspect différent selon le moment et pense qu'il existe plusieurs lunes). La pensée reste une pensée intuitive entre 4 et 8 ans :

l'enfant ne peut prendre en compte tous les paramètres en jeu dans une comparaison. (Par exemple, il trouve un kilo de plomb plus lourd qu'un kilo de plume, ne pouvant prendre en compte que le volume visuel de ces éléments et non leurs masses.) (Ibid., p27).

#### **4-4-3) Stade des opérations concrètes (7/11 ans)**

La pensée reste liée à l'action. Elle garde des capacités limitées d'abstraction. Cependant, il acquiert peu à peu la conservation :

- de la quantité de matières (7/8 ans),
- du poids (9/10 ans),
- du volume (10/11 ans), ce qui aboutit à une pensée catégorielle de plus en plus fine. (Ibid., p27-28).

#### **4-4-4) Stade de la pensée formelle (à partir de 12 ans)**

L'enfant se construit une pensée conceptuelle et hypothéticodéductive :

- position d'hypothèses.
- développement de raisonnements adaptés.
- déduction de conclusions. (Ibid., p28).

**Conclusion**

Le développement de l'enfant reste un chemin compliqué long à parcourir. Des relations précoces sécurisantes et suffisamment bonnes permettent à l'enfant de construire des bases assez fiables et solides pour qu'il entre confortablement dans les conflits de développement ultérieurs centrés sur les processus de séparation/individuation et aboutissent à sa progressive autonomisation et avec mise en place de relations aux autres de plus en plus complexifiées.

## **DEUXIÈME CHAPITRE**

### *L'enfant hospitalisé*

## **Préambule**

Ce chapitre concerne un thème qui est l'enfant hospitalisé qui touche presque quotidiennement les enfants malades. Donc, on s'intéresse en premier lieu sur la maladie de l'enfant après on discutera de son hospitalisation qui nous a mis dans une problématique de la dépression chez ces enfants hospitalisés.

### **1) Définition des concepts de base**

#### **1-1) La maladie**

- **selon Ybert et Al**

Altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para cliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. » (Ybert et coll. 2001, p 559).

- **Selon le Petit Larousse 2010**

Altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome).

Maladie professionnelle : maladie provoquée par l'exercice de certaines activités professionnelles. (Petit Larousse, multimédia, 2010).

Familier. En faire une maladie : être très contrarié par quelque chose.

Altération, dégradation de quelque chose. Les maladies du vin.

Familier. Trouble dans la manière de se conduire ; comportement excessif ; passion.

La maladie de la vitesse. (Ibid.).

- **Selon le dictionnaire médical**

Toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales. (J.Quevauvilliers, 1995, p567).

#### **1-2) L'hospitalisation**

- **Selon Docteur Pierrick HORDE**

Le terme d'hospitalisation désigne le fait qu'un individu soit admis au sein d'un centre hospitalier. Il devient ainsi le patient d'un hôpital ou d'une clinique. Dans la

plupart des cas, le patient est envoyé par son médecin généraliste ou par un spécialiste qui a posé un diagnostic médical nécessitant une prise en charge hospitalière. Il est également possible d'être hospitalisé à la suite d'un passage par le service des urgences. Les modes d'hospitalisation sont nombreux. On peut ainsi citer l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation sans consentement qui concerne les cas psychiatriques ou encore l'hospitalisation à domicile. (Santé-médecine. commentcamarche.net).

- **Selon le dictionnaire médical**

Placement et séjour d'un malade dans un hôpital. (J. Quevauvilliers, 1995, p 452).

- **Selon dico encarta**

admission dans un hôpital où dans une clinique.

- **Selon le grand dictionnaire de la psychologie**

Hospitalisation d'une personne atteinte de troubles mentaux, sans son consentement, correspondant au placement d'office de l'ancienne loi de 1838.

Avec la nouvelle loi du 27 juin 1990, cette forme d'hospitalisation sous contrainte d'un malade mental est ordonnée par un arrêté préfectoral (à Paris le préfet de police) motivé, énonçant avec précision les circonstances rendant cette hospitalisation nécessaire, et s'accompagnant d'un certificat médical détaillé, rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (articles L 342 à L 349 du code de la Santé). (Henriette Bloch, Roland Chemama, 1999, p 405).

### **1-3) La maladie d'une manière générale**

Aujourd'hui, nous avons une vision essentiellement médicale de la maladie ; elle n'a pas grand-chose à voir avec la maladie que vit le malade. Pour lui, elle est une épreuve ; une expérience bouleversante qui l'oblige à affronter des situations auxquelles il n'est pas préparé. Pour lui, c'est une vie qui bien souvent ne ressemble plus à la vie ; une vie où il est placé face à des questions qui souvent le dépassent : où trouver la force de se battre ? Comment continuer à vivre ? À quoi se raccrocher, s'il n'y a plus d'espoir de s'en sortir (Gustave-Nicolas Fischer, 2008, p01).

## **2) Les types de maladies**

### **2-1) La maladie chronique**

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

Un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en Une absence de maladie ou d'infirmité. (OMS) (W.H.O, 1998).

### **2-2) La maladie aiguë**

D'une affection qui présente une évolution rapide. (J.Quevauvilliers, 1992, p26).

### **2-3) La maladie psychosomatique**

C'est une maladie caractérisée par des symptômes physiques dont les causes sont multiples, mais où des facteurs émotionnels jouent un rôle important. Elle affecte habituellement un organe ou un système physiologique. Les manifestations physiologiques sont celles qui accompagnent normalement certaines émotions, mais elles sont plus intenses et plus prolongées. Des émotions réprimées ont une action physiologique qui, si elle est durable et suffisamment intense, peut amener des perturbations de la fonction, voire une lésion de l'organe. Le malade n'est pas conscient de la relation qui existe entre sa maladie et ses émotions (Bérubé, 1991, p 130).

### **2-4) Maladie mentale**

La maladresse caractérise les mouvements mal contrôlés du bébé et du jeune enfant. Elle se réduit avec l'âge, en fonction de la maturation posturale et du contrôle cortical de la motricité. Sa persistance en dépit des apprentissages peut être liée à un schéma corporel défectueux, à une latéralité contrariée, à des troubles d'établissement des relations spatiales (comme dans certaines formes de dyslexie). (Henriette Bloch, Roland Chemama, Eric Dépret, et al, p1999).

**2-5) Qu'est-ce qu'un symptôme ?**

Un symptôme est « toute manifestation d'une affection ou d'une maladie contribuant au diagnostic, et plus particulièrement tout phénomène perçu comme tel par le malade.

Les symptômes subjectifs, ou signes fonctionnels sont couramment appelés symptômes. Il s'agit de phénomènes perçus par le malade, qui révèlent une lésion ou un trouble fonctionnel.

Ils sont donnés par le patient lors de l'interrogatoire par le médecin, premier temps de l'examen. Dans un deuxième temps, le médecin procède à l'examen physique du patient pour rechercher et identifier les signes objectifs d'une maladie. La confrontation des symptômes et des signes permet d'orienter le diagnostic. » (Ybert et coll. 2001, p 895).

Pour la psychanalyse, un symptôme est la « manifestation phénoménale ou comportementale d'un trouble inconscient. » (Bloch et coll. 2002, p 1285).

Nous relevons ici que la médecine générale recherche des signes physiques (et non psychiques) pour établir un diagnostic de la maladie. Pour la psychanalyse, le symptôme est le signe d'un trouble psychique inconscient (et non d'un trouble physique). Nous voyons déjà dans ces deux définitions la séparation entre le corps et l'esprit. Dans la suite de ce document, pour être en accord avec ces deux définitions et la définition de la santé, nous utiliserons la dénomination de symptôme pour tout phénomène physique ou psychique perçu par la personne, nuisant à son bien-être physique, mental ou social.

**3) Maladie, santé et qualité de vie**

Les médecins, les familles et les patients peuvent évaluer différemment les effets des thérapies sur les maladies, comme le démontre l'étude de Januck, cité par Trombini et Baldoni sur la qualité de vie pour des personnes hypertendues ayant eu une thérapie pharmacologique anti-hypertensive. (Januck, 1982, Trombini & Baldoni 2005, p 223).



La qualité de vie est considérée comme un facteur clé de la santé par l'OMS. Pour cette organisation, la mesure de la santé doit inclure non seulement une indication des changements dans la fréquence et la sévérité des troubles, mais aussi une estimation du bien-être. Ceci peut être fait en mesurant l'amélioration de la qualité de vie. (Ibid., p223).

L'OMS définit la qualité de vie ainsi: c'est la perception de l'individu sur sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs, et en relation avec ses objectifs, attentes, et préoccupations. (W.H.O., 1998, p 11)

#### **4) Le vécu de la maladie**

Selon Pedinielli (2005), Vannotti et Gennart (2006), il y a trois principaux pans du vécu de la maladie : le vécu du corps malade, le vécu psychologique de la maladie, et le vécu temporel de la maladie.

Vannotti et Gennart font le lien entre le vécu de la maladie et l'approche phénoménologique de toute chose, qui est l'expérience, la prise de connaissance de l'objet, des phénomènes du monde par le sujet, au moment de leur mise en relation, sans préconçu théorique au sujet de ces phénomènes.

Notre corps, « foyer de notre engagement au monde », nous amène à construire un sens de la réalité, telle qu'elle nous apparaît. C'est à travers son corps que « l'homme agit, ressent, pense et communique », c'est à travers son corps qu'il va faire l'expérience de la santé et de la maladie.

En revanche, la maladie produit « une dissociation en nous-mêmes et la partie de notre corps qui nous fait souffrir » crée une difficulté au niveau psychique. Notre présence à soi est modifiée, c'est comme si la partie de notre corps qui nous faisait souffrir n'était pas « nous-mêmes ».

Pédinielli souligne que, dans la maladie physique, « l'autonomie de l'organe confronte le sujet à un risque de morcèlement avec lequel il doit lutter », et que l'organe incriminé peut opérer dans la représentation du patient un phénomène de clivage entre ce qui est mauvais et ce qui est bon.

La maladie ne modifie pas seulement notre présence à nous-mêmes, mais aussi notre présence au monde, à ce qui nous entoure : elle réduit notre monde en « rapprochant ses limites à la portée de notre corps ». Le vécu de la maladie affecte l'être dans sa relation à soi, à la sphère familiale, et, plus largement à la sphère sociale (nous retrouverons plus loin cette notion chez Onnis). (Pédinielli, 2005, p 81-82).

Pédinielli note également que, dans l'approche temporelle de la maladie, le futur est limité au futur immédiat : les malades, surtout ceux présentant un pronostic sévère, énoncent peu de projets concernant l'avenir. Le futur s'exprime alors sous deux formes : la forme positive évoquant la possibilité d'un retour au passé plus serein, la forme négative évoquant « la répétition, le retour au même », l'absence de la nouveauté ou de l'inconnu. (Pédinielli, 2005, p 52)

### **5) L'enfant malade**

L'enfant, lorsqu'il est malade, reste « celui qui connaît le mieux sa maladie, n'a pas toujours les moyens ni l'audace d'exprimer et de rationaliser cette connaissance, mais a toujours son idée » (Kipman, 1981) et effectue ce que certains ont appelé « un travail de la maladie », un « texte de la maladie » (Pédinielli, 1987, 1990), un « travail de la souffrance » (Gutton, 1979). (Catherine GRAINDORGE, 2005, 45).

Freud (1914), cité par Pédinielli, exprime très bien cet état de fait :  
« Il est universellement connu et il me semble aller de soi que celui qui est affligé de douleurs organiques et de malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance. Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ces objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. La banalité de ce fait ne doit pas nous empêcher de lui donner une traduction dans les termes de la théorie de la libido. Nous dirions alors : le malade retire investissements de libido sur son moi pour les émettre à nouveau après la guérison. » (Ibid., p46).

### **6) L'enfant et la santé, la maladie et la mort**

Les enfants et les adultes n'ont pas la même conception de la santé et de la maladie. Dès lors, des adultes, animés des meilleures intentions, donnent parfois aux enfants des informations tout à fait inadéquates. Alors qu'ils se veulent utiles, leurs explications provoquent une augmentation de stress. (N.V. Broeck, J.V.Rillaer, 2012, p32).

Il est déjà bien établi que les conceptions de la santé et de la maladie évoluent d'une façon relativement prévisible. La distinction, opérée par Piaget, de différents stades dans le développement cognitif trouve ici son intérêt, à ceci près. La conceptualisation particulière que se fait un enfant évolue plus ou moins vite selon une série de facteurs, notamment ses expériences, ses informations, son intelligence et ses intérêts. (Ibid., p32).

La conceptualisation de la maladie lui permet d'améliorer le contrôle sur son propre fonctionnement. Par exemple, s'il souffre de diabète, il découvre comment l'absence d'un goûter peut amener une hypoglycémie et les désagréments qui s'ensuivent. Cette compréhension favorise l'adoption de comportement adéquat, du moins si d'autres facteurs qui se résument par le concept d'autocontrôle sont présents. Progressivement, l'enfant élabore une représentation plus précise de la mort et découvre que nous sommes tous mortels. Toutefois, beaucoup de temps peut s'écouler avant qu'il puisse concevoir sa propre mortalité. À ce stade se développe, en plus de l'angoisse de séparation, la peur de la douleur et des dommages corporels. (Ibid., p34).

### **7) L'enfant malade dans sa famille**

La santé des parents et leurs comportements (ou ceux de leurs remplaçants) peuvent être une cause directe de problèmes médicaux d'un enfant. Dès la vie intra-utérine, l'état physique de la mère influence la santé de l'enfant. Les soins matériels et affectifs prodigués au nouveau-né stimulent ou freinent son développement. La nutrition, les contacts corporels, la prévention d'accidents et de maladies, ainsi que le recours à des traitements médicaux dépendent, durant des années, des adultes. Les enfants nés de mères qui abusent de certaines substances risquent davantage des états morbides (comme le syndrome fœtal alcoolique), un développement prénatal déviant

(par exemple si la mère fume beaucoup) ou une atteinte infectieuse (VIH, herpès génital, syphilis). Les enfants qui ne reçoivent pas les soins matériels adéquats après la naissance peuvent présenter un retard de la croissance et du poids. ((N.V. Broeck (J.V.Rillaer, 2012, p35).

Le diagnostic d'une maladie chez l'enfant provoque un stress important dans la famille et peut déstabiliser considérablement sa structure. Chez beaucoup de parents surgit d'emblée la question : « qu'ai-je fait que je n'aurais pas du ? » cette question culpabilisante trouve sa source notamment dans notre aspiration, fondamentale, à contrôler ce qui nous arrive. En fait, la plupart des maladies ne sont pas causées par des conduites parentales. (J.V.Rillaer, 2012, p35).

Beaucoup de parents d'enfants gravement malades se retrouvent face aux difficultés financières. il n'est pas rare qu'une maladie ait une incidence sur la carrière des parents, en particulier celle de la mère. Parfois le salaire s'en trouve sensiblement réduit, tandis que les dépenses, elles, augmentent. Il va de soi que ces soucis entraînent un surcroît de stress chez les parents. La maladie de l'enfant peut aussi compliquer la poursuite de son éducation et celle de ses frères et sœurs. (Ibid., p36).

## **8) L'hospitalisation**

L'hospitalisation constitue souvent la forme de traitement privilégiée lorsque les symptômes d'une maladie atteignent leur paroxysme, lorsque les personnes n'ont pas accès à d'autres formes de traitement ou lorsqu'elles ne connaissent pas d'autres solutions possibles. Si les personnes issues des groupes au statut socioéconomique le plus faible n'utilisent pas les services communautaires, de soins primaires ou de psychiatrie comme on pourrait s'y attendre compte tenu de leurs forts taux de prévalence, il a par contre été démontré que ceux provenant de groupes au statut socioéconomique plus bas utilisent davantage les services hospitaliers. Cette réalité illustre peut-être des écarts dans la connaissance des services non hospitaliers ou dans leur accessibilité. Elle pourrait également refléter une tendance à demander des soins uniquement lorsque les conditions d'une maladie deviennent très graves et nécessitent une hospitalisation. (Institut canadien d'information sur la santé, 2009, p2).

**8-1) Différents types d'hospitalisation**

L'hospitalisation habituelle, ou «traditionnelle», se fait, selon les pays, à la demande du médecin traitant, d'un spécialiste ou du patient, qui est envoyée à l'hôpital pour faire l'objet d'un diagnostic et d'un traitement. Elle conduit à la prise en charge des malades les plus sévèrement atteints, la majorité des décès survenant à l'hôpital dans les pays développés.

L'hospitalisation autoritaire se pratique parfois dans le domaine psychiatrique pour des patients qui sont susceptibles de porter atteinte à leur vie ou de menacer l'ordre public en commettant des agressions.

L'hospitalisation programmée de court séjour se justifie par la possibilité d'accomplir certains actes diagnostiques et thérapeutiques dans des délais prédéterminés. On distingue, d'une part, l'hospitalisation de jour, d'autre part l'hospitalisation de semaine. Dans l'intervalle entre deux séjours, le patient rentre chez lui.

L'hospitalisation de long séjour est surtout destinée aux personnes âgées.

L'hospitalisation à domicile (H.A.D.) recouvre un système de soins hospitaliers assurés par des équipes pluridisciplinaires qui comprennent notamment le médecin traitant, un service infirmier et différents spécialistes (pédiatres, puéricultrices, sages-femmes, orthophonistes, diététiciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Ce système a été mis en place pour assurer des soins qui nécessitent un suivi médical sans cependant exiger l'entrée à l'hôpital : suivi des chimiothérapies, suivi des cas de sida déclarés, surveillance après une intervention chirurgicale (greffe, opération en orthopédie, colectomie avec anus artificiel).

L'hospitalisation à domicile se pratique également en gynécologie obstétrique pour surveiller une grossesse à risque (femme diabétique ou devant surveiller sa tension, grossesse multiple, risque d'accouchements prématurés). La femme enceinte bénéficie alors de l'aide d'une sage-femme qui peut pratiquer une surveillance de la mère et du fœtus. L'analyse du rythme cardiaque fœtal peut être ainsi effectuée par un enregistrement à domicile et un relai par téléphone. Après l'accouchement, une hospitalisation à domicile est possible pour les femmes qui souhaitent une sortie précoce de la maternité ou qui ont vécu un accouchement difficile. ([Larousse-edu.fr](http://Larousse-edu.fr))

**8-2) Le premier accueil de l'enfant à l'hôpital**

Un enfant sur deux sera hospitalisé avant l'âge de 15 ans et chaque année, plus d'un million d'entre eux subissent une intervention chirurgicale. Même s'il s'agit d'une « banale » appendicite, cette arrivée dans l'univers hospitalier demeure toujours, pour les parents comme pour les enfants, source d'inquiétude. (Cécile Capelli Richebourg, 2000-2003, p15).

L'accompagnement des parents durant l'hospitalisation et pour les soins médicaux est fondamental au bien-être de l'enfant.

Le passage par un service d'urgence est souvent le premier contact avec l'hôpital ; fréquemment, l'enfant et ses parents le vivent très mal. Il est donc important que dès le service des urgences l'accueil de l'enfant et de ses parents soit aussi chaleureux et personnalisé que possible. (Ibid., P15).

En dehors des admissions en urgence, l'hospitalisation devra être préparée de façon à réduire l'anxiété de l'enfant et de sa famille. Cela implique qu'un membre de l'équipe médicale et soignante explique à l'avance à l'enfant et à ses parents : la raison de l'hospitalisation, sa durée très approximative (si possible et avec prudence), la nature des examens ou des soins qui seront entrepris. De telles explications, données en termes simples, permettront à l'enfant de se préparer psychologiquement à ce qui l'attend ; elles faciliteront ainsi les soins ultérieurs.

Ce recueil de données aura également pour but de rassurer les parents sur la prise en charge de leur enfant en voyant que le personnel soignant tient à ce que leur enfant garde ses repères et ses habitudes rassurantes. (Ibid., p15).

**8-3) Le besoin de soutien des parents d'enfant hospitalisé**

Les parents d'enfant hospitalisé s'attendent à ce que le personnel soignant dispense des soins de haute qualité à leur enfant afin d'assurer sa santé physique. Bien qu'ils soient satisfaits dans la qualité des soins techniques reçus, plusieurs parents se disent insatisfaits des aspects non techniques du soin. (Laurence Ha, 2007, 14).

Étant donné que le rétablissement de l'enfant est la priorité pour le personnel soignant, les besoins des parents se voient souvent relégués au deuxième plan. (Laurence Ha, 2007, 14).

#### **8-4) Les différentes caractéristiques d'une expérience d'hospitalisation**

L'hospitalisation est un événement important dans la vie de l'enfant. En effet, elle suppose une maladie à soigner pour permettre un retour à la vie normale. Néanmoins, elle constitue pour l'enfant une réelle souffrance puisqu'il quitte son univers familial pour un lieu inconnu. L'hospitalisation engendre également chez l'enfant une perte des repères au niveau familial, affectif et scolaire. En outre, les soins, les examens et les opérations sont interprétés par l'enfant comme une agression physique. La durée d'une hospitalisation est perçue par l'enfant comme une éternité sans omettre que beaucoup d'enfants pensent qu'ils seraient eux-mêmes responsables de leur maladie, punition méritée pour toutes sortes de méchancetés. (Poutot, 1991). (Maya NAJA, p5-6).

Cette crise peut être plus ou moins bien vécue selon la maturité de l'enfant, la durée de l'hospitalisation et les moyens mis en œuvre par l'hôpital pour l'aider à surmonter la séparation avec les parents et améliorer ses conditions de séjour. Ainsi, les expériences de service dans le domaine de la santé, et tout particulièrement dans le domaine hospitalier sont des expériences à fort contenu émotionnel. (Ibid. 5-6).

#### **8-5) L'impact de l'hospitalisation sur la famille et sur le parent**

Selon les parents, l'hospitalisation engendrait non seulement une séparation physique de la famille, mais créait un stress énorme sur la relation de couple comme le souligne d'ailleurs Duhamel (2007). Certains allant jusqu'à dire que le stress de l'hospitalisation avait ou allait causer une rupture au sein de leur couple. D'ailleurs, certains membres du groupe articulaient leurs difficultés à concilier leurs différentes responsabilités reliées au travail, à la famille et à l'hospitalisation. (Laurence Ha, 2007, 31-32).

Outre le stress relié aux tensions relationnelles, les parents se disaient confrontés à plusieurs sentiments négatifs comme l'incertitude, le souci, l'incompréhension et la frustration. L'incertitude et le souci étaient reliés à la méconnaissance des conséquences de la maladie sur le développement de leur enfant à court et à long terme. En d'autres termes, les parents ne savaient pas si leur enfant serait « normal » à nouveau. L'incompréhension, pour sa part, se faisait ressentir à travers des questionnements comme : « Pourquoi mon enfant est-il malade? » et « Pourquoi je ne suis pas malade à sa place? ». Les parents étaient en quête d'une signification à la maladie de leur enfant et de la raison pour laquelle elle s'acharnait sur leur famille. Finalement, la frustration était non seulement associée au manque de communication tel que souligné précédemment, mais aussi à un sentiment d'impuissance chez le parent qui se sentait incapable d'aider son enfant. (Laurence Ha, 2007, 31-32).

### **8-6) Les risques de l'hospitalisation**

Les risques liés aux hospitalisations à répétitions et les conséquences sont d'ordre physique (maladies à répétitions), mais aussi et surtout de l'ordre du développement, des émotions ou de l'état psychique. Ainsi, angoisses, retards psychomoteurs, agitations, etc... Font souvent partie du quotidien de ces enfants. Dans une étude auprès d'enfants plus âgés (adolescents) atteints de maladies chroniques, une mesure du stress a été faite et les résultats nous montrent combien l'enfant a besoin de sécurité et de stabilité pour se construire. L'angoisse de la mort, de la maladie touche ces patients au plus profond d'eux-mêmes au point de faire dysfonctionnel quelque chose en eux. (MARGERIE GOUBIER, 2013, p05).

### **8-7) Les réactions des enfants suite à leurs hospitalisations**

James Robertson (1972) a étudié les jeunes enfants, dans la tranche d'âge de trois à quatre ans, à leur retour de l'hôpital, ils sont presque invariablement anxieux et d'un comportement difficile, spécialement envers leur mère. Ils dorment mal, régressent dans leur éducation de la propreté, s'affolent s'ils perdent leur mère de vue même momentanément, et ont envers elle des explosions d'agressivité comme s'ils étaient en colère contre elle. (Robertson. J, 1972, p. 18).



D'après une étude de Prugh (1953), sur les réactions de plusieurs catégories d'enfants suite à une hospitalisation, les enfants de 3 ans et au-dessous montrèrent l'incidence la plus élevée de réactions graves. Ces réactions sont généralement des troubles psychoaffectifs et troubles du comportement. ((Robertson. J, 1972, p. 19)

### **8-8) Besoins axés sur des aspects psychologiques et sociaux de l'enfant**

Selon les études sélectionnées dans notre travail, les enfants hospitalisés souffriraient principalement d'anxiété, de dépression et de nostalgie. Une des causes principales serait l'incompréhension de l'hospitalisation. Le retrait social apparaîtrait plutôt dans le cadre des maladies chroniques.

Nous disent que le stress inhérent à l'hospitalisation était une des principales souffrances des enfants. Bernard et coll. (1993) ont trouvé que certains enfants exprimeraient leur anxiété en régressant dans leur comportement comme nous l'avons vu ci-dessus. La perte d'espoir peut résulter par une perte d'intérêt pour son environnement. Ainsi, l'estime et l'image de soi sont mises à mal chez les enfants malades, suite à une diminution des forces physiques ou la perte d'autonomie (Theofanidis et coll. 2008, p2-3).

**Conclusion**

L'hospitalisation est une situation paradigmatique de l'activation du système d'attachement, car elle confronte l'enfant à un environnement nouveau, avec des coutumes nouvelles, au contact de multiples étrangers prodiguant des soins plus ou moins invasifs. Nous savons aussi que les conséquences sur les représentations d'attachement de l'enfant et les séquelles sont plus probables si l'enfant est jeune.

## **TROISIÈME CHAPITRE**

### ***La dépression chez l'enfant***

## **Préambule**

Ce chapitre sera consacré pour la présentation de l'un des troubles de l'humeur le plus fréquents chez les enfants, qui est la dépression. Malgré l'avancée scientifique la dépression reste l'une des maladies les plus fréquentes dans notre société, suite à des difficultés au travail, le découragement, perte d'emploi, échec dans les études, tristesse, perte d'un être cher .....Etc. Le trouble dépressif nécessite l'accompagnement psychologique après avoir présenté pendant au moins deux semaines une humeur dépressive, une perte d'intérêt et autres symptômes qui se caractérisent par le trouble de sommeil et d'appétit, perte d'esprit initiative, autopunition, retrait social, inactivité et perte de plaisir. On va aborder un vaste groupe d'états dépressifs névrotiques, situés à des niveaux de structure plus élevés ou, d'une manière générale, l'expression de tristesse vécue à la fois plus intégrée aux événements actuels et plus reliés à l'histoire conflictuelle du malade.

Le terme de la dépression nous vient de la psychiatrie adulte, et son usage à d'autres âges de la vie soulève un certain nombre de difficultés. Qui dit dépression, pense souvent à la question du deuil et de la perte d'objet dont il faut dire quelques mots préalables, mais qui ne vont pas de soi chez les très jeunes enfants comme nous le verrons.

### **1) Aperçu historique**

Le concept de dépression s'est dégagé au XIX siècle et s'est progressivement dissocié de la mélancolie, le devant de la scène, faisant concurrence à une autre figure de la tradition médicale et littéraire, l'hystérie. (G.Pewzner, 2002, P 91).

Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « **dépression** » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de tristesse chez Sénèque dans les dialogues (50ans après J-C) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on s'épuise à n'espérer ».

Rien de spécifique jusqu'au XVII siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie et les troubles nerveux. Au XIXe siècle, dans son texte sur le suicide, le spleen et les ostéalgies les considérer comme causes suffisantes .jr. Falret (1822)

développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse de la mélancolie ». En 1969, l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. Kraepelin, dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « **dépression** » (non-mélancolie) voit officiellement le jour.

En 1917, Freud publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions (deuil et mélancolie), le travail de Freud faisait suite à celui de son élève K. Abraham (1912) sur la dépression névrotique et le deuil. (J.L PEDINIELLI, 2005, P12).

En 1928, J.Lange sépare les domaines des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. Le DSM-IV décrira, parmi les troubles de l'humeur, l'épisode dépressif majeur qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de l'humeur de trouble de l'humeur. (Ibid. P 14-15)

## **2) Définition la dépression**

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organiques (Kleftaras.G. 2004, P 20).

La dépression ne désigne pas un simple coup de déprime ou une tristesse passagère, mais une véritable maladie psychique. Elle se caractérise par des perturbations de l'humeur. L'humeur dépressive entraîne une vision pessimiste du monde et de soi-même. Elle se manifeste en quasi permanence pendant plus de deux semaines et retentit de manière importante sur la vie quotidienne.

La dépression est un phénomène relativement fréquent, sa définition n'est pas facile, même ne sont pas d'accord sur sa nature. C'est-à-dire s'il s'agit d'un phénomène biologique ou psychologique.

**2-1) Selon le dictionnaire de la psychanalyse**

La dépression modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité. (Roland Ch. 2003. P, 91).

Donc, elle résulte un découragement, un pessimisme et des échecs accusation.

**2-2) Selon Larousse médicale**

État pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et un désintérêt intellectuel. Dans son usage familial, le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage à vide à des troubles psychiatriques plus sévères. (Yves. M et cool, 2006, p282).

**2-3) Selon le grand dictionnaire de la psychologie**

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante de parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p25).

**2-4) Selon le livre de la psychopathologie**

La dépression diffère au sens ou elle tient compte. En plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs. Les cliniciens portent regard et un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressives via la mise en relation des formes cliniques de la dépression et leur étiologie. (Pedielli.J.L et al, 2005, P77).

La dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que

ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité dont il résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy. N. 2003, p27).

En effet, la dépression se définit surtout par ses manifestations psychologiques, comportementales, cognitives et biologiques.

### **3) L'épidémiologie : la prévalence, et la répartition de la dépression selon le sexe**

L'épidémiologie montre qu'il d'une affection fréquent dont la prévalence (le nombre total de cas diagnostiques dans une période donnée )sur une période de six mois est de 6%dans la population générale .elle est deux fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, l'un entre 20 et 30 ans ,et le second entre 50 et 60ans selon l'OMS ,il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période de un an .il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente ;50%des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode.(Cottraux J.2006, P112).

#### **3-1) La prévalence**

Quelle est prévalence, c'est-à-dire la fréquence des dépressions par rapport à la population totale d'une même classe d'âge ? Les données épidémiologiques sont très contradictoires. Les divergences sont dues à la diversité des définitions et des critères diagnostiques utilisés et à l'âge des sujets étudiés. Ainsi, les chercheurs canadiens Jan Fleming et David Oxford (1990), de la McMaster University (Ontari), ont établi une revue critique de 14 études épidémiologiques portant au total sur 18418 enfants âgés de 6 à 19 ans. (Cottraux J.2006, P112).

La prévalence de la dépression majeure au cours de l'enfant varie, selon les études, de 0,4% à 2%. Pour la dysthymie infantile, les estimations vont de 0,6% à 1,7%. Chez les adolescents, les taux de prévalence semblent plus élevés. Selon les études, ils varient de 0,4% à 6,4% pour la dépression majeure et de 1,6% à 8% pour la dysthymie. (Ibid. p, 112).

Fleming et Oxford soulignent que ces divergences s'expliquent en partie par la différence des critères d'inclusion utilisés par les chercheurs. Ainsi, la prévalence de

la dépression est évidemment moins grande lorsqu'on ne recense que les dépressions majeures actuellement en cours. Elle est plus importante quand on inclut les dépressions en rémission depuis moins de six mois, voire depuis moins d'un an. Le taux de prévalence estimé varie également selon les sources d'information. Les parents détectent moins fréquemment les troubles de leurs enfants que ne le font les enfants ou les adolescents eux-mêmes. Si on interroge les parents, des taux de prévalence erronés, plus bas que si on interroge les enfants eux-mêmes. (Cottraux J.2006, P112).

Les observations faites sur des populations Anglo phones sont-elles généralisables? Nous ne disposons que d'une étude épidémiologique récente portant sur des enfants francophones d'âge scolaire: il s'agit de celle d'Éric Fombonne (1994) portant sur 2441 enfants français âgés de 8 à 11 ans. Malheureusement, cet auteur n'individualise pas la dépression à l'intérieur des «troubles affectifs», dans lesquels il semble, inclure les troubles anxieux. Il trouve une prévalence globale de 5,9 o/o pour ce type de troubles. Ces données sont donc assez convergentes avec celles des travaux anglo-saxons. (Ibid. P, 113).

Les études convergentes sur un point essentiel: le trouble est deux fois plus fréquent chez les adolescents (4% à 5%) que chez les enfants (2%). Pour la dysthymie les données sont encore plus incertaines, mais on peut l'estimer à environ 3% chez les enfants et à 5% chez les adolescents.

Des psychiatres et des psychologues non freudiens commencent à accepter cette idée et à étudier sérieusement les dépressions des enfants (Dugas et Mouren, 1980; Golse et Messerschmitt, 1983).

Il convient de préciser dès maintenant qu'il existe plusieurs formes de dépression, chez l'enfant comme chez l'adulte. Il suffira pour l'instant de distinguer une forme intense et aiguë, qui tend à ne durer que quelques mois, que l'on appelle souvent dépression majeure, et une forme moins intense, plus chronique, qui peut durer plusieurs années, voire plusieurs décennies, et qu'on appelle dysthymie ou névrose dépressive. ((Dugas et Mouren, 1980; Golse et Messerschmitt, 1983).



### 3-2) La répartition selon le sexe

Il n'y a pas de consensus en ce qui concerne la répartition selon le sexe. Chez l'adulte, la dépression est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Qu'en est-il chez l'enfant et l'adolescent? On relève de nombreuses divergences entre les principales études publiées (Cohen *et al.*, 1993; Kashani *et al.*, 1983; Reinherz, Giaconia, Lefkowitz, Pakiz et Frost, 1993; Whitaker *et al.*, 1990). Un seul résultat émerge de façon constante: dans aucune tranche d'âge, les garçons dépressifs ne sont plus nombreux que les filles. (Cottraux J.2006, P112-113).

Cela mérite d'être noté, puisque pour beaucoup d'autres troubles infantiles les garçons sont atteints deux à quatre fois plus souvent que les filles. Il semble que, chez les adolescents, la répartition selon le sexe typique de l'adulte commence à se mettre en place, encore qu'elle ne soit pas observée dans toutes les études. Chez l'enfant d'âge scolaire, les données actuelles sont trop contradictoires pour qu'on puisse affirmer que la plus grande prévalence chez les filles s'annonce déjà. (Ibid.113).

### 4) Les modèles explicatifs

Ici encore, chaque approche théorique apporte un éclairage sur la dépression. Cependant, compte de l'hétérogénéité des troubles dépressifs, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle global.

#### 4-1) Le point de vu ethno- psychiatrique

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des Occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité. En rapport lui-même avec les caractéristiques familiales. Sociale et religieuses de la culture considérée.

#### **4-2) Les théories biologiques**

Elles sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs (1957), par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la conception synaptique de certains neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine), il est réducteur, voire peut être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et sérotonine énérgique. Une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances.

#### **4-3) La théorie psychanalytique**

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par S.FREUD dans « Deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers des nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie du Moi, identifiée à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie de Moi. L'état maniaque est connu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (Besançon. 2005, P57).

Les travaux sur la dépression de Karl Abraham (1911) sont antérieurs à ceux de Freud. Ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « des dispositions nerveuses » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui même. Pour Karl Abraham le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation, car il « tire son plaisir de ses souffrances ». Pour aborder la thématique des dépressions en 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions. Il y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents.

Ces événements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau œdipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale narcissique étayée par un objet extérieur.

Les contributions de Karl Abraham à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la compréhension de la dépression du point de vue psychanalytique. (Pardinielli.J.L.et al 2005, P77-78).

#### **4-4) la théorie cognitive-comportementale**

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs.

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck (1974). La dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de la rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue à la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. (Guy. Besançon ; 2005, P56-57).

Le modèle cognitif de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez les sujets déprimés. Le déprimé interprète les informations afférentes de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des schémas cognitifs définissent inconsciemment des objectifs de vie inaccessible tels que par exemple « être le meilleur professionnellement, vouloir être apprécié et aimé par tous ». En lien avec ces schémas dépressogènes, la distorsion cognitive entraîne l'émergence de pensée dépressive par un traitement biais de la réalité.

L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsions cognitives décrites chez les déprimés un autre point elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive négative et arbitraire d'évènement de la réalité par exemple « ma collègue de bureau ne ma pas proposé du café ce matin elle n'est plus satisfaite de notre collaboration, je ne suis a la hauteur je vais perdre mon travail ». L'abstraction sélective permet aux déprimés d'extraire et de polarisé son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne au dépend des éléments positifs de la réalité .la maximalisation et la minimisation complète ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives, la sur généralisation consiste à généraliser ce vécu a l'ensemble de la vie du patient. (Michèle .L.1998, p2).

L'ensemble de ces perturbations cognitives entraine une perspective de soi, de l'environnement et du temps figé dans une perspective négative, constituant la triade cognitive décrite par Beck cliniquement, l'incapacité a se projeter dans l'avenir, l'anticipation douloureuse des évènements a venir, les sentiments d'ennui traduisent une distorsion de la perception du temps vécu.des « gouffre » accaparent le sujet de façon morbide et semble provoquer la suspension du temps réel.la vision négative du soi et la perte de l'estime de soi s'exprime par une autoaccusation et une culpabilité inadaptée. Elles sont associées à une vision négative de l'environnement ressenti comme inutile insécurisant, voire hostile. Les théories comportementales sont fondées sur l'exploration des comportements animaux dans les situations expérimentales.. (Ibid, p, 3).

En général la thérapie cognitive dure de trois à six mois, elle utilise à la fois des techniques cognitives et des techniques comportementales pour modifier les systèmes de croyances des sujets dépressifs en leur apprenant à différencier les faits de leur appréciation subjective. Le thérapeute a un rôle actif et il met l'accent sur les problèmes concrets et actuels du patient. Il se sert de techniques comportementales et cognitives dont le but est d'apprendre au patient à tester ses distorsions logiques et ses postulats dépressogènes aussi bien au cours des séances de thérapie.que lors « d'épreuves de réalité » dans la vie de tous les jours. C'est une thérapie structurée où thérapeute et patient se mettent d'accord sur un « agenda » de séance qui précise les

thèmes sur lesquels vont porter chaque séance. Le style de la thérapie est directif et l'accent est mis sur une relation de collaboration. (Cottraux .J .2001, P167-168).

### **5) Implication pour le Diagnostic**

La « dépression » chez l'enfant est plus souvent sous-évaluée que diagnostiquée par excès. Il s'agit d'abord d'intégrer cette éventualité diagnostique dans les hypothèses « syndromiques » du clinicien. Le diagnostic de dépression, à fortiori d'épisode dépressif, ne préjuge pas de l'organisation structurelle sous-jacente. (Marcelli, 2003, p, 70).

La conception des troubles de l'humeur adoptée correspond à un véritable enjeu. En effet, dernière cette question se pose celle du diagnostic. A ce jour, deux classifications sont couramment utilisées par les chercheurs et praticiens : la classification internationale des maladies (CIM) et le Diagnostic and Statistical Manuel (DSM). Toutes deux privilégient une approche catégorielle des maladies. La CIM est actuellement éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et regroupe l'ensemble des troubles somatiques et psychiques. La 10<sup>ème</sup> édition de cette classification, la CIM-10, code par exemple l'épisode dépressif F32, qu'elle distingue du trouble dysthymique (F34-1). Voici un exemple de la façon dont la catégorisation est effectuée :

F= Catégorie « Trouble mentaux et du comportement »

3= Sous-catégorie « Trouble de l'humeur »

2= Sous-catégorie « Episode dépressif »

En particulier, elle propose une graduation de la gravité de la dépression en fonction du nombre et du type de symptômes présents. Cette graduation résulte en plusieurs catégories de dépression, les épisodes dépressifs légers, moyens, sévères sans symptômes psychotiques et sévères avec symptômes psychotiques. Elle distingue ainsi les dépressions de types névrotiques de celles de type psychotique.

On distingue les troubles dépressifs des troubles bipolaires. Les troubles bipolaires regroupent les troubles bipolaires I et II, dont le diagnostic nécessite la présence d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomaniaque ou mixtes, ainsi que les troubles cyclothymiques ne remplissant pas les conditions diagnostiques précédentes et s'installant davantage dans le temps.

Les troubles dépressifs peuvent prendre la forme d'un trouble dépressif majeur, également appelé trouble dépressif unipolaire, ou d'un trouble dysthémique. Tandis que le premier nécessite la présence d'un épisode dépressif, c'est-à-dire au moins cinq des neuf symptômes présentés ci-dessous pendant au moins deux semaines, le second est moins sévère (présence de deux symptômes parmi six) et plus chronique. L'encadré 1 présente les critères actuellement en vigueur dans le diagnostic de l'épisode dépressif majeur.

### **5-1) critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur issus du DSM-IV-TR (APA, 2003)**

**A.** Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours

(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours

(3) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tout les jours

(4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

(5) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous le jour

(6) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

(7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié presque tous les jours

(8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

(9) pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

**B.** les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte

**C.** les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D. les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale

E. les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.

### **6) Les types de la dépression selon le DSM-IV**

La section des Troubles de l'humeur comprend des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur. La section est divisée en trois parties.

La première partie décrit les épisodes thymiques (Épisode dépressif majeur, Épisode maniaque, Épisode mixte et Épisode hypomaniaque) qui sont présentés à part, au début de cette section pour faciliter le diagnostic des différents troubles de l'humeur. Il n'existe pas de code spécifique à ces épisodes qui ne peuvent être diagnostiqués comme des entités autonomes ; cependant, ce sont les éléments qui sont utilisés pour construire les diagnostics des troubles.

La deuxième partie décrit les Troubles de l'humeur (p. ex., Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble bipolaire I). La présence ou l'absence d'un épisode thymique décrit dans la première partie de la section fait partie des critères requis pour la plupart des troubles de l'humeur. La troisième partie comprend les spécifications décrivant l'épisode thymique le plus récent ou l'évolution des épisodes récurrents. Les Troubles de l'humeur sont divisés en Troubles dépressifs (« dépression unipolaire »), Troubles bipolaires et deux troubles fondés sur une étiologie : Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et Trouble de l'humeur induit par une substance.

Les Troubles dépressifs (c.-à-d. Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique et Trouble dépressif non spécifié) se distinguent des Troubles bipolaires par l'absence d'antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Les Troubles bipolaires (c.-à-d. Trouble bipolaire I, Trouble bipolaire II, Trouble cyclothymique et Trouble bipolaire non spécifié) comportent la présence (ou des antécédents) d'Épisodes maniaques, d'Épisodes mixtes ou d'Épisodes hypomaniaques accompagnés habituellement de la présence ou d'antécédents d'Épisodes dépressifs majeurs.

**a)-Le trouble dépressif majeur :** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs (c'est-à-dire humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).

**b)-Le trouble dysthymique :** est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associés à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

**c)-Le trouble dépressif non spécifié :** a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

**d)-Le trouble bipolaire I :** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.

**e)-Le trouble bipolaire II :** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un épisode hypomaniaque.

**f)-Le trouble cyclothymique :** est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

**g)-Le trouble bipolaire non spécifié :** a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

**h)-Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale :** est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

**i)-Le trouble de l'humeur induit par une substance\_ :** est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.



**j)-Le trouble de l'humeur non spécifié :** a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (exemple : crise d'agitation). (DSM-IV –TR.1996, P374).

### 7) Les signes et symptômes communs de la dépression

En général les symptômes de la dépression sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique, qu'organique, ils peuvent être classés en catégories suivantes :

- 7-1) **symptômes en rapport avec les sentiments** : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.
- 7-2) **Symptômes comportementaux** : Le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.
- 7-3) **Symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement** : auto-accusation, faible estime de soi, sentiments de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.
- 7-4) **Symptômes d'affaiblissement cognitif** : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.
- 7-5) **symptômes en rapport avec des changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs)** :

Incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du désir sexuel et plaintes somatiques. (G .Kleftaras, 2004, P 27-28).

Cependant, nous devons prendre en considération que ces mêmes symptômes peuvent être présents dans d'autres troubles en dehors de la dépression.

Klerman (1988) a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

- a. **Humeur dépressive** : la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ceci est varier entre tristesses légères ou mélancolie.les dépressifs considèrent leur situation irréversible, peuvent pleurer souvent, certains peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure, ou leur désespoir, mais si un seul mot (bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et il éclate en sanglots.

- b. Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles :** beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties ... etc. Rien ne leur fait plaisir. Dans le langage des comportementalistes, on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.
- c. Sensation de fatigue et perte d'énergie :** les dépressifs se sentent souvent très fatigués, le manque de motivation, manque d'énergie, ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement, ils ont une difficulté à commencer une activité et même à la terminer.
- d. Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement :** les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse, ils agissent lentement les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.
- e. Changements dans l'appétit :** beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids, un grand pourcentage de dépressifs qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de vie, mais pour (Klerman.1978, Manos.1997).Au contraire, un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation d'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture.
- f. Perturbation du sommeil :** l'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie.
- g. Plaintes somatiques et dysphorie :** souvent les dépressifs se plaignent de douleurs de différents problèmes organiques selon Klerman (1988) quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent, douleurs en haut dos, des crampes musculaires, nausée, vomissements, bouche sèche, miction douloureuse ...etc.

- h. Excitation** : les dépressifs présentent parfois une agitation excessive. Une tension intérieure, ils bougent constamment, il faut les cent pas, ils remuent leurs mains, il fait des mouvements brusques, ces activités n'offrent aucun soulagement et ne fait pas cesser l'état de tension.
- i. Diminution du désir sexuel**: pour les hommes le problème est directement lié à l'épuisement, au manque ou d'énergie perte générale d'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles, parfois les problèmes sexuels pourraient être dus ou traitements médicamenteux ou d'autre problème organique ou psychogène.
- j. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer** : le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent, et souvent accompagné de problèmes de la mémoire, ils ont tendance à avoir des difficultés de concentration, et parfois ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.
- k. Sentiments et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'autoaccusation, de culpabilité et de honte** : ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de vie il se considère comme problématiques, ils expriment souvent sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent et de passé, la faible estime de soi, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage.
- l. L'anxiété** : un pourcentage de dépressifs, qui varie entre 60% et 70%, mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée.
- m. Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir** : ces dépressifs se sentent impuissants et désespérés dans ce monde, étant donné cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper à cette réalité douloureuse.

**n. Idées de mort et de suicide :** beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide souvent ils disent : « Je voudrais échapper à tout cela».Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression, il faut être prudent, quand une personne mentionne le suicide, parce que, contrairement à ce que l'on croit, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le faire. (Ibid. (G .Kleftaras, 2004, P 27-33).

## **8) Les causes de dépression**

La dépression est le résultat de plusieurs mécanismes encore mal connus, on distingue trois types de facteurs :

### **8-1. des facteurs psychologiques:**

Ils trouvent leur origine dans l'enfance (relations avec les parents, expériences difficiles, etc.) ou dans une période plus récente (traumatismes, deuils, etc.). Certains comportements ou croyances négatives (se penser incapable de faire certaines choses) peuvent favoriser la survenue ou le maintien d'une dépression ;

### **8-2) Des facteurs liés à l'environnement**

Évènements perturbants ou stress excessif causés, par exemple, par un conflit familial, le travail

### **8-3) Des facteurs biologiques**

Lors de troubles dépressifs, le fonctionnement du cerveau est perturbé. La structure du cerveau n'est toutefois pas abîmée et ces troubles de fonctionnement sont réversibles. Les neurotransmetteurs présentent des anomalies dans leur fabrication et leur régulation.

La dépression peut survenir chez des enfants ayant une vulnérabilité liée à des évènements anciens :

- 1) avoir des parents qui ont souffert de dépression ;
- 2) avoir subi un traumatisme ou un conflit parental important dans l'enfance, ces facteurs augmentent le risque d'être un jour touché par la maladie.

À l'inverse, des évènements, survenant subitement (comme un deuil) et provoquant un stress excessif, peuvent « déclencher » la dépression même sans vulnérabilité particulière.

**9) Les caractéristiques de la dépression névrotique :**

Nous insistons plus particulièrement sur quatre aspects sémiologiques très caractéristiques des expressions névrotiques.

**9-1) Les conduites suicidaires :** très fréquentes et trop souvent négligées dans la mesure où il s'agit en général de tentative de suicide n'aboutissant pas à la mort, au contraire de suicide mélancolique. On ne doit cependant jamais se fier à des données épidémiologiques pour sous-estimer la gravité possible d'un geste suicidaire dont la réussite ne peut être exclue, même si elle est accidentelle. De même une attitude provocatrice de l'entourage, lasse des plaintes où des menaces de malade (le « suicide chantage ») est parfois à l'origine de gestes suicidaires gravissimes dont les aspects hétéros-agressifs apparaissent clairement.

Enfin, même lorsque le désir de mort est dénié par le patient après une conduite suicidaire apparemment bénigne (« je voulais dormir », « j'ai fait une bêtise », « c'est pour oublier, mais c'est fini »), on ne se laissera pas non plus abuser par la gravité objective de l'acte suicidaire en fonction de la quantité de comprimés absorbés, en sachant que la signification du geste est plus importante que le geste lui-même.

**9-2) La réactive aux influences du milieu :** est caractéristique de la dépression névrotique. Au contraire de mélancolique, le dirigé parle spontanément, cherche à comprendre ce qui lui arrive, est très sensible à l'accueil qu'il reçoit. Les possibilités de compréhension de l'entourage sont des éléments importants à apprécier pour le pronostic. Les facteurs de réalité aux frustrations sont entourés et la thérapeute doit négocier adroitement une attitude bienveillance en même temps que suffisamment distanciée. Le rejet, ou ce qui sont perçus comme tels aggravent les blessures narcissiques. Une sollicitude excessive et infantilissante accentue les bénéfices secondaires du patient, l'enfermement dans son attitude régressive et dans une situation de dépendance totale vis-à-vis de l'entourage.

**9-3) Les troubles somatiques restent mineur. :** On ne se voit pas les détresses somatiques constatées chez certains mélancoliques. Par les différents symptômes

somatiques de l'angoisse, les troubles de sommeil sont constants, le plus souvent à type d'insomnie d'endormissement, parfois à type d'hypersomnie défensive, sans effet bénéfique sur la sensation de fatigue. Les troubles de l'appétit sont également fréquents, à type d'anorexie ou de boulimie, celle-ci apparaissent plus souvent chez femme et entraînant une prise de poids rapide et culpabilité. Les troubles sexuels enfin se résument à l'apragmatisme, à la fragilité, à l'impuissance ou à l'éjaculation précoce.

**9-4) La défense maniaque :** au sens de Winnicott, manque rarement au cours d'une dépression névrotique. Des tentatives d'activisme, de fuite dans le travail ou dans la militance pour masquer une réalité intérieure pénible sont souvent retrouvées. Elles sont sporadiques et leur échec accentue les affects dépressifs. Elles sont souvent conseillées par l'entourage voire par le médecin (« occupez-vous », « faites du sport », « Ne pensez plus à tout ça »), sans provoquer le rejet de l'entourage qui soupçonne le sujet de « s'écouter » et de ne plus faire preuve de la bonne volonté qu'on exige de lui. De ces malentendus naissent les consultations tardives, l'absence de prise en charge et les éventuels passages à l'acte suicidaire. (P.DENIKER et all. 1989, p 248-249).

## **10) Images de dépression chez l'enfant**

La réalité des troubles dépressifs chez l'enfant a été reconnue tardivement et « c'est l'occasion du congrès de l'Union européenne des pédopsychiatres de Stockholm en 1971 que sont apparues les premières données chiffrées de la dépression chez l'enfant et l'adolescent ». Auparavant, la plupart des soignants déniaient l'existence de la dépression de l'enfant, particulièrement chez les plus jeunes, du fait qu'étant un être en développement la maturation de ses instances psychiques et incomplètes. (Vantalon et coll.1999, P, 39).

Des observations cliniques d'enfants ont cependant montré qu'ils pouvaient présenter des symptômes très proches de ceux des adultes déprimés. À partir de là, c'est le modèle de la dépression de l'adulte qui a été transposé tel quel chez l'enfant, avec quelques légères adaptations dans le DSM-IV, alors que, comme la note. La sémiologie des troubles dépressifs chez l'enfant diffère en partie de celle de l'adulte,

les signes cliniques polymorphes et parfois paradoxaux posent des problèmes de nosographie et de sémiologie dépressive spécifiques dans laquelle certains versants comme le ralentissement psychomoteur décrit chez l'adulte ne sont pas toujours retrouvés ou s'exposent sous une forme « masquée » qui est celle de l'agitation à coloration maniaque (J. Croas, 2008 P, 40).

### **11) Comment reconnaître les troubles dépressifs chez l'enfant**

Sur le thème les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir, la conférence de consensus(1995), initiée par la Fédération française de psychiatrie a posé comme toute première question : « comment reconnaître les troubles dépressifs chez l'enfant ? » les travaux des experts et du jury ont permis de dégager un ensemble de signes cliniques consensuels qu'on nous reproduisons ici :

L'épisode dépressif de l'enfant présente une expression clinique particulière : face à un enfant en retrait, au visage souvent sérieux, peu mobile, ou à l'air absent, il faut savoir rechercher l'humeur dépressive. De même en présence d'un enfant décrit comme irritable, agité, opposant et insatisfait, il faut penser aussi à mettre la tristesse en évidence. Humeur dépressive et tristesse, qui sont les caractéristiques de l'épisode dépressif, ne peuvent être perçues qu'à partir d'une écoute attentive et avertie. (Vantalon et coll.1999, P, 40).

Les tableaux cliniques de l'enfant et de l'adulte ne se superposent donc pas exactement même si des recoupements sont notés, si chez l'adulte, la sémiologie dépressive s'articule particulièrement autour de la perte de l'intérêt et de la tristesse, pour les enfants la mélancolie est la plupart du temps absente sur le plan symptomatologique, mais semblerait être remplacée par l'irritabilité. Bien entendu, l'enfant peut aussi exprimer sa tristesse sous la forme de lamentations et de pleurs que l'on peine à consoler. À ces symptômes, s'ajoutent la perte d'estime de soi, les difficultés de concentration, de mémorisation et d'apprentissage scolaire, les troubles des grandes fonctions (sommeil, alimentation, etc.), et dans certains cas, une forme d'inhibition psychomotrice.(Petot, 2008 ,p 40).



### **12) L'épisode dépressif chez l'enfant**

L'épisode dépressif survient en liaison avec un évènement « ayant valeur de perte ou de deuil », on peut évoquer évidemment des deuils familiaux, amis aussi des faits marquants comme un divorce ou même des circonstances qui semblent à l'adulte plus banals tel un déménagement. la famille, les soignants repèrent assez habituellement changement d'attitude de l'enfant, son repli, son manque d'intérêt en lien avec un évènement bien identifié. La maladie dépressive est caractérisée par « une symptomatologie soit plus pauvre, soit plus floue, mais surtout plus durable ». (Marcelli, 2003, P,42).

### **13) L'équivalent dépressif**

À ces deux catégories, il paraît intéressant d'envisager ce que Sperling (1959, cité par Arbisio, 2003) nomme un « équivalent dépressif ». il s'agit principalement de troubles fonctionnels et somatiques (migraines et troubles divers), voire de comportements, qui prennent la place, dans la symptomatologie du sujet, des troubles dépressifs. « Sens de la manifestation dépressive ne se dévoile qu'au cours de la psychothérapie, alors qu'émergent les affects dépressifs ». (Abision, 2003, p, 43).

### **14) Traitement et prise en charge de la dépression**

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres chimiques (médicaux) et psychiques (psychologique). Il n'y a pas de suprématie ou d'efficacité d'un moyen sur l'autre. Les deux sont utiles et vitaux au dépressif pour un mieux-être. Ces deux moyens sont complémentaires et indispensables au traitement de la dépression.

#### **14-1. Médical**

Le traitement dépend naturellement de l'étiologie, de la gravité des troubles, de la personnalité du sujet et de qualité du soutien de l'entourage.

L'hospitalisation sera systématiquement en cas de mélancolie ou en cas des idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide. Elle se discutera dans les autres cas (rapport avantages/inconvénients), en tenant compte notamment de l'importance de l'inhibition psychomotrice ou de celle de l'agitation,

de celle d'une altération éventuelle de l'état général, de la présence d'éléments délirants, d'un isolement socio-affectif. Toute fois il faut en permanence avoir à l'esprit que toute hospitalisation favorise la dépendance, la régression et les « bénéfices secondaires », pouvant de la sorte faciliter une chronicisation des troubles.

**-Les antidépresseurs :** sont souvent nécessaires, en n'oubliant pas leurs contre-indications et leurs effets latéraux possibles, en sachant qu'ils n'agissent qu'après 15-20 jours qu'il faudra les poursuivre pendant au moins six mois avant d'envisager de les arrêter progressivement. (Godfryd. M, 2002, P 45-46).

Les antidépresseurs ont pour but de faire disparaître l'humeur dépressive et de redonner au patient le dynamisme et sens du plaisir qu'il a perdu.

**-Un anxiolytique :** peut s'avérer nécessaire en cas d'anxiété importante et /ou de trouble du sommeil.

**-Un neuroleptique sédatif :** peut-être prescrite dans les formes délirantes de la mélancolie ; lévomépromazine (Nozinon) ou chlorpromazine (Largactil).

La mise sous sel de lithium (Téralithe, Neurolithium), ou sous carbamazépine (Tégrétol ) ou sous divalproate de sodium (Dépakote) se discutera dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive .

**-La sismothérapie :** est parfois indiqué dans les mélancolies rebelles au traitement ou présentent des contre indications aux antidépresseurs. À ces médicaments essentiels, on ajoute très souvent, de façon auxiliaire, d'autres psychotropes, ayant un effet sédatif : des tranquillisants, des neuroleptiques, d'autres produits sont utilisés pour régulariser l'humeur. Aussi bien chez le déprimé que chez le maniaque, ce sont le lithium. (Debray.2006, P55-60).

## **14-2. Psychologique**

Le travail se fera sur les croyances dysfonctionnelles quand, chez le typhus mélancolique. L'estime de soi paraît foncièrement liée à un dévouement excessif qui amène le sujet à négliger tout loisir .Une argumentation serrée doit s'instaurer ,ou il sera longuement expliqué que l'équilibre des proches doit aussi se nourrir de la joie et des richesses intérieures de celui qui se dévoue pour eux .Peu à peu l'existence pré

dépressif devra se réorienter sans qu'il en naisse une nouvelle culpabilité .(Debray ,et Nollet .2001, p139 ).

#### **-les thérapies d'inspiration analytique**

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc la remémoration et la compréhension des conflits psychiques infantiles par le déprimé .Elles visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement doit aboutir à un travail de deuil et de détachement. La thérapie menée auprès d'un sujet dépressif s'avère sociaux –culturels des phénomènes observés. (Pédinielli .J.L. et all 2005, p 120).

#### **-les thérapies cognitives comportementalistes**

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant est la perturbation des processus qui agissent en transformation les informations reçues en représentations mentales. C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus lugubres et dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet .Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent .Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir (Pédinielli.J.Letall2005, p121).

Selon Jeffrey Nevid dans son livre intitulé « psychopathologie » a proposé des traitements et une prise en charge de la dépression qu'on peut les considérer efficaces et qui sont les suivants ;

-Les médicaments antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).

-Traitement psychothérapeutique : thérapie cognitive, thérapie comportementale.

-Une combinaison d'un médicament antidépresseur et l'une des formes de psychothérapie citées.

-D'autres formes de traitement spécifiques, y compris la photothérapie pour la dépression saisonnière .dans tous les cas, il faut « établir les critères de guérison acceptables pour le patient et pour le thérapeute (Hardy Baily, 1998). (J.Nevid, 2009, P 180).

Comme dit plus haut, il existe plusieurs sortes de thérapies qui correspondent chacune à une situation émotionnelle et familiale précise.

**-Thérapie individuelle :** cette thérapie n'implique que le patient et son psychologue.

**- Thérapie de groupe :** deux patients ou plus participent à la thérapie en même temps, les patients peuvent alors partager leurs expériences et leurs sentiments.

Enfin, selon la théorie cognitive, changer les pensées modifier les affects et les actions .Beck avait tout d'abord soutenu que la distorsion cognitive était l'élément causal dont dérivait l'ensemble des symptômes dépressifs. Beck, plus tardivement, considère que la perturbation cognitive n'est pas la cause en soi de la dépression, mais représente un des multiples niveaux du syndrome dépressif .Elle est à la fois un facteur de déclenchement et de maintien des cognitions. (Ibid. P168-169).

**Conclusion**

La dépression est une maladie qui a des conséquences importantes sur la vie sociale, professionnelle et affective .Elle peut toucher toutes les tranches d'âges et les catégories socioprofessionnelles. Elle nécessite un traitement adapté et spécifique, et une prise en charge psychologique et psychiatrique, pour que la personne atteinte puisse dépasser sa souffrance et retrouver sa vie qu'il a perdue.



**PROBLIMATIQUE ET  
HYPOTHESES**

## **Problématique**

Le développement et l'évolution de l'homme est un sujet intéressant étudié par plusieurs auteurs et chercheurs et surtout par la psychologie de développement qui s'intéresse aux changements qui vont organiser le fonctionnement psychologique des individus de la naissance jusqu'à l'âge adulte.

Durant toute la conception de ..... humain, il existe une période très importante dans le développement de l'individu c'est celle de l'enfance. Les définitions sur l'enfant diffèrent d'un auteur à l'autre.

Selon le Dr Marie, Schäfer définit l'enfant comme « Période de la vie où s'effectue une succession ininterrompue et rapide de changement : dans les situations environnementales physiques et sociales où l'enfant est successivement placé en fonction de leur variation en âge (crèche, école...), dans les comportements, actions et réactions que l'on attend d'eux, dans leurs compétences intellectuelles et affectives. » (CEMEA-INFOP, p13).

Ainsi, l'enfance est une période marquer de divers développements physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration de la vie sociale plus ou moins réussie... un moment d'identification personnelle et sociale... celui ou achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risque, dilapidation qui peut accumuler les facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie.

De nombreuses études ont été effectuées pour parler de la survenu d'une maladie, telle que le diabète, l'asthme... etc., au moment de cette période de développement et de son impacte sur la vie psychologique de l'enfant.

Une maladie se reconnaît à un ou à plusieurs critères réunis qui permettent son identification formelle. Ceux-ci sont déterminés par les sociétés savantes et les grands organismes sanitaires internationaux et peuvent être modifiés en fonction des progrès des connaissances (Larousse médicale, multimédia, 2006).

L'enfant, lorsqu'il est malade, reste « celui qui connaît le mieux sa maladie, n'a pas toujours les moyens ni l'audace d'exprimer et de rationaliser cette connaissance, mais a toujours son idée » (Kipman, 1981) et effectue ce que certains ont appelé « un travail de la maladie », un « Texte de la maladie » (Pédinielli, 1987, 1990), un « travail de la souffrance » (Gutton, 1979). (Catherine GRAINDORGE, 2005, p45).

Ce travail reste, bien entendu, douloureux, particulièrement à certaines phases, comme si le malade était « travaillé » au sens de « torturé » par sa maladie. Freud (1914), cité par Pédinielli, exprime très bien cet état de fait :

« Il est universellement connu et il me semble aller de soi que celui qui est affligé de douleurs organiques et de malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance. Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ces objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. La banalité de ce fait ne doit pas nous empêcher de lui donner une traduction dans les termes de la théorie de la libido. Nous dirions alors : le malade retire ses investissements de libido sur son moi pour les émettre à nouveau après la guérison. »

Freud montre ici combien la maladie impose ce mouvement de rétraction libidinale au sujet (énergie psychique recentrée, enfermée) : celui-ci ne peut plus s'occuper des autres, reste concentré sur lui-même. Chez l'enfant malade, cette opération est particulièrement compliquée, car il reste davantage dépendant de ses parents, qui sont les seuls à pouvoir le rassurer face aux souffrances liées à sa maladie, mais il se doit tout de même, pour s'autonomiser et grandir, donc vivre, prétendre à des modes relationnels plus évolués et gratifiants, se distancier d'eux, les « abandonner » un peu ; le conflit vient alors du fait qu'il craint des mouvements d'abandon « en miroir » de ses parents, alors que la maladie le fragilise et lui fait plutôt penser qu'il devrait pérenniser la dépendance à première vue moins dangereuse (mais dans laquelle il risque de perdre son identité). (Ibid., p 46).

La maladie d'un enfant est une expérience éprouvante pour la famille, surtout pour les parents et c'est encore plus difficile lorsque l'enfant se trouve hospitalisé. En effet, l'hospitalisation d'un membre de la famille crée un déséquilibre important dans l'homéostasie de la famille (De Jong & Beatty, 2000; Shields, Kristensson-Hallström, & O'Callaghan, 2003). Le plus souvent lorsqu'un enfant est hospitalisé. La frustration pouvant être engendrée par cette situation peut créer une insatisfaction profonde chez les parents et influence



vraisemblablement leur expérience à l'hôpital de manière négative. L'impact de l'hospitalisation sur l'enfant et ses parents a été un sujet de recherche depuis l'année 60. (Laurence Ha, 2007, p6).

Un jour l'enfant lui arrive un risque qui peut l'amener à entrer un hôpital pour des raisons somatiques qui lui procure ces soins. Mais il lui provoque des problèmes mentaux lors de son traitement en effet, de longue durée : il peut occuper deux à trois ans de la vie de l'enfant dans cet endroit ; il est souvent douloureux et nécessite en outre de nombreuses hospitalisations.

L'hospitalisation a les conséquences psychologiques que peuvent avoir su de très jeunes enfants des hospitalisations prolongées, mais entrecoupées de séjour dans le milieu familial. Le problème de l'hospitalisation de l'enfant et de conséquence que celle-ci peut avoir sur son développement à savoir d'autre trouble psychologique telle que la dépression qui se résulte de toute hospitalisation à longue durée.

L'hospitalisation est un événement important dans la vie de l'enfant. En effet, elle suppose une maladie à soigner pour permettre un retour à la vie normale. Néanmoins, elle constitue pour l'enfant une réelle souffrance puisqu'il quitte son univers familial pour un lieu inconnu. L'hospitalisation engendre également chez l'enfant une perte des repères au niveau familial, affectif et scolaire. En outre, les soins, les examens et les opérations sont interprétés par l'enfant comme une agression physique. La durée d'une hospitalisation est perçue par l'enfant comme une éternité sans omettre que beaucoup d'enfants pensent qu'ils seraient eux-mêmes responsables de leur maladie, punition méritée pour toutes sortes de méchancetés. Cette crise peut être plus ou moins bien vécue selon la maturité de l'enfant, la durée de l'hospitalisation et les moyens mis en œuvre par l'hôpital pour l'aider à surmonter la séparation avec les parents et améliorer ses conditions de séjour. (Maya Naja, p5-6).

En effet, jusqu'à aujourd'hui, plusieurs auteurs soutenaient que la dépression est une maladie qui n'existait pas chez l'enfant du fait de la maturation incomplète des instances psychiques. En revanche, le concept de "position dépressive" comme stade fondamental et normal du développement de l'enfant a fait l'objet d'une riche élaboration théorique, dans la première moitié du 20ème Siècle (M. KLEIN). Par ailleurs, les effets de la séparation chez le nouveau-né (SPITZ, 1946) et l'enfant (A. FREUD et D. BURLINGHAM, 1942) ont été étudiés, et l'existence d'une souffrance clinique a été reconnue. (ANDEM, 1995, p7).

À partir de 1970, plusieurs travaux ont relevé l'existence de "symptômes dépressifs" chez les sujets pré pubères nettement différenciés par rapport au repli autistique et à la sémiologie de la psychose infantile. Ces observations ont conduit à l'hypothèse que si les enfants pouvaient présenter des symptômes analogues à ceux des adultes déprimés, il pouvait paraître important de poser le diagnostic de dépression pathologique dans cette tranche d'âge. (ANDEM, 1995, p7).

Les experts ont largement exposé les points de convergence, mais aussi de divergence entre les différentes orientations et le jury a tenté de dégager les positions consensuelles.

Un consensus s'est établi autour de l'existence de la dépression chez l'enfant. L'épisode dépressif de l'enfant présente une expression clinique particulière : face à un enfant en retrait, au visage souvent sérieux, peu mobile, ou à l'air absent, il faut savoir rechercher l'humeur dépressive. De même en présence d'un enfant décrit comme irritable, agité, opposant et insatisfait, il faut penser aussi à mettre la tristesse en évidence. (ANDEM, 1995, p7).

Humeur dépressive et tristesse, qui sont les caractéristiques de l'épisode dépressif, ne peuvent être perçues qu'à partir d'une écoute attentive et avertie.

Survenant volontiers au décours d'un évènement ayant valeur de perte ou de deuil (séparation des parents, décès d'un grands-parents, d'un membre de la fratrie ou d'un parent), parfois évènement qui peut aux yeux des adultes apparaître plus anodin (déménagement, mort d'un animal domestique familial, éloignement d'un camarade...), cet épisode dépressif s'installe progressivement, mais le comportement de l'enfant apparaît nettement modifié par rapport à la situation antérieure. (Ibid., p8).

Toutes ces données nous amené à poser la question suivante :

**Est-ce que les enfants hospitalisés peuvent développer une dépression ?**

### **L'hypothèse**

Pour répondre à notre question de recherche, nous formulons l'hypothèse suivante :

**Les enfants hospitalisés développent une dépression.**

## **1- Les motivations de la recherche**

Chaque recherche scientifique doit avoir un but précis, sachant qu'il n'existe pas qu'un thème plus intéressant qu'un autre en psychologie.

D'après (M, ANGERS) « le choix d'un sujet est l'évaluation de la faisabilité d'une recherche, respectant ce premier moment de la formulation du problème de recherche ».

La raison majeure qui nous a poussés à illustrer cette recherche revient à notre :

Sorti pédagogue l'année passée en première année master au service neurochirurgie au sein (CHU) de Bejaia, on a remarqué l'existence d'un trouble dépressif chez les enfants hospitalisés. C'est le fait qui a sollicité notre curiosité d'explorer le monde des dépressions par la voie d'étudier les enfants hospitalisés.

## **2- Les objectifs de la recherche**

### **Cette recherche a pour objectif de**

- Par ce travail, on espère un point de départ pour des recherches futures, en raison de mieux analyser le sujet « la dépression chez les enfants hospitalisés ».
- Mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire.
- Voir si les enfants hospitalisés souffrent de dépression.
- Connaître les causes qui poussent les enfants hospitalisés à se déprimer.
- Évaluation du trouble dépressif en utilisant comme outil le « **dessin libre** ».
- Reconnaître à quel point l'hospitalisation influe sur l'apparition de la dépression.
- Savoir à quel degré l'hospitalisation peut causer la dépression chez l'enfant hospitalisé.

## **3- Le cadre référentiel.**

Dans notre recherche « la dépression chez les enfants hospitalisés » nous avons opté comme cadre référentielle, l'approche psychanalytique parce qu'elle nous permet de détecter la dépression chez ces enfants, c'est une méthode efficace pour le trouble dépressif, en utilisant le dessin libre qui permet de détecter le degré de la dépression et savoir à quel point l'hospitalisation provoque le trouble de la dépression.

# **QUATERIEME CHAPITRE**

## ***Méthodologie de la recherche***

## **Préambule**

Ce chapitre méthodologique est consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivie tout au long de notre recherche concernant la dépression chez les enfants hospitalisés. Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un lieu de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation. Dans ce chapitre, on va exposer ces éléments qui nous ont permis de recueillir des informations escomptées.

### **1) Définitions des concepts**

**-Le développement :** série d'étapes par lesquelles passe l'être vivant pour atteindre son plein épanouissement. (Sillamy, N., 2003, p, 82).

**-L'imagination :** aptitude à se représenter les objets absents et à combiner les images. (Sillamy, N., 2003, p, 136).

**-L'enfant :** Du point de vue biologique, un enfant est une personne qui n'est pas en âge d'avoir elle-même des enfants. Le développement d'un enfant est un processus plus ou moins continu qui passe par plusieurs stades :

- -28 jours, le nouveau-né
- -28 jours à 2 ans, le nourrisson
- -2 à 6 ans, la petite enfance
- -6 à 13 ans, l'enfance proprement, bien qu'on utilise fréquemment le terme préadolescent

-13 ans et plus, la puberté qui marque une période de transition entre l'enfant et l'adulte. Déclenchant le fonctionnement du système hormonal qui provoque le pic de croissance, la maturation de l'appareil reproducteur et les transformations physiques. (CyberDodo.html).

**-L'enfance :** période avant l'âge de 5 ans ; c'est-à-dire quand l'enfant est âgé de 0 à 59 mois. (UIC TMR, 2005, p 15).

**-La maladie :** altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques contre une agression extérieure ou pour résoudre ses conflits psychologiques. (Sillamy, N., 2003, p, 163).

**-L'hospitalisation :** Admission et séjour dans un établissement hospitalier. ([Larousse-edu.fr](http://Larousse-edu.fr)).

## **1-2) L'opérationnalisation des concepts**

**-Le développement :** avec la révolution industrielle qui marque l'avènement d'un processus continu d'accroissement de l'activité économique, l'intérêt de certains penseurs s'est porté sur l'étude des phénomènes économiques.(Osvaldo Sunkel, 1977, p 11).

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

**-La symbolisation :** le monde symbolique va permettre à l'enfant de déployer son imaginaire dans le monde du jeu. Ce dernier représente un aspect très important du développement de l'enfant : il lui permet de réaliser des expériences en modèle réduit et sans danger. Ses jeux peuvent être de fiction (jouer à..), de construction, de représentation (dessin), de réception (histoire, images..). (Carole siebert et katy le Neures (2010), P.35).

**-L'enfant :** Dans le droit luxembourgeois, les formulations oublient des enfants de catégorie autre que féminine ou masculine, ce qui peut constituer une discrimination vis-à-vis d'un enfant d'un autre sexe. Un exemple de reformulation de la définition de l'enfant dans le Code civil serait la suivante : Le Code civil luxembourgeois définit le mineur comme « étant l'individu, quel que soit son sexe, qui n'a pas encore l'âge de 18 ans accomplis ». (Annuaire statistique de Luxembourg, 2011, Statec).

**-L'enfance :** Est une période de l'évolution de l'homme qui se situe au début de son existence. L'enfance débute dès les premiers jours de vie d'un être humain et se termine à la puberté, qui marque le début de l'adolescence. D'un point de vue médical,

l'enfance est composée de trois grandes périodes : la période néonatale qui couvre le premier mois de vie d'un enfant, la première enfance qui commence avec le deuxième mois de vie et qui se termine aux 2 ans de l'enfant et la deuxième enfance qui débute à 2 ans et qui se termine vers 12 ans à l'adolescence. (Sante-medecine.commentcamarche.net)

**-La maladie :** La maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme. Le malade est l'individu qui souffre d'une maladie, c'est-à-dire de symptômes évolutifs nécessitant un traitement thérapeutique. Il ne faut pas confondre la maladie avec le handicap, le syndrome ou encore la blessure. De nombreux facteurs peuvent engendrer des maladies chez l'homme. Ces causes peuvent être intrinsèquement ou extrinsèquement liées à l'organisme. L'étiologie est la science qui étudie les facteurs qui entraînent des maladies. (Ibid.).

**-L'hospitalisation :** Tous les établissements de santé et tous les services d'hospitalisation qui acceptent d'accueillir des enfants et des adolescents doivent se donner les moyens de les accueillir avec leur entourage dans des conditions de sécurité, de confidentialité et de dignité adaptées à leur âge et à leur situation de confort moral et physique. L'hospitalisation ne doit pas rajouter un traumatisme à la maladie et doit permettre de maintenir le lien familial. L'accueil de l'entourage doit être organisé, pour son hébergement comme pour la possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant). (Charte de l'enfant hospitalisé, article 6).

## **2) La pré-enquête**

Est un élément très important dans toute recherche, car elle nous permet de collecter les données sur notre thème. Et elle nous aide aussi à formuler les hypothèses. Et quand on a sélectionné notre population d'étude ça nous permet de vérifier les hypothèses de notre thème de recherche intitulé « la dépression chez les enfants hospitalisés » qui se caractérise par des symptômes psychiques du aux maladies atteindre et au choc de séparation, ainsi à l'hospitalisation inattendue de ces enfants malades, pour les enquêtes effectuées auprès des enfants hospitalisés elles ont été faites après l'accord de ces sujets de participer à cette recherche.

### **3) la méthode clinique**

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

La méthode clinique est une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologues comme Freud et Janet. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui et le mécanisme de défense). Comme il permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes entretien, teste projectifs, échelle clinique afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même son histoire et à son contexte de vie. (CH, Bénony(h), 2003, p 125).

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

C'est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1993).

La méthode de recherche utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation profonde, et contenue des cas, connaîtront, que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passée. Il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. Et on arrive à



ce qu'a appelé « étude de cas ». (Khadija CHAHRAOUI et Hervé Bénony, 2003, P11-12).

De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Ibid. P125-126).

#### 4) Le groupe de recherche

Le groupe de recherche est composé de six enfants qu'on présente dans le tableau suivant ;

4-1) Tableau N° 1 : le groupe de recherche et ses caractéristiques

| <i>Groupe de recherche</i> | <i>Prénom de l'enfant</i> | <i>Sexe</i> | <i>L'âge</i> | <i>Niveau de scolarisation</i>  | <i>Motif de l'hospitalisation</i>                                     | <i>Durée de l'hospitalisation</i> |
|----------------------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| Cas (1)                    | Faouzi                    | Masculin    | 13 ans       | 2 <sup>ème</sup> année CEM      | Altération de la vésicule biliaire avec un grattage massif de la peau | Deux Mois                         |
| Cas (2)                    | Manis                     | Masculin    | 8 ans        | 3 <sup>ème</sup> année primaire | Perforation de l'appendice  | Plus d'un Mois                    |
| Cas (3)                    | Saber                     | Masculin    | 13 ans       | 1 <sup>er</sup> année CEM       | Déboitement au niveau de genou  | Un mois et demi                   |
| Cas (4)                    | Hicham                    | Masculin    | 11 ans       | 5 <sup>ème</sup> année primaire | Troubles digestifs avec Vomissement nausées                           | Un mois et quelque jours          |
| Cas (5)                    | Salma                     | Féminin     | 9 ans        | 4 <sup>ème</sup> année primaire | Infection urinaire sur le diverticule vésicule                        | Plus de deux mois                 |
| Cas (6)                    | Yoba                      | Masculin    | 10 ans       | 2 <sup>ème</sup> année primaire | Bi cytopénie hépatopathie sur   | Un mois et demi                   |

Nous avons constituée un groupe de recherche composée de six cas, dont(05) garçons e` une fille, qui sont hospitalisés pour de` maladies différentes, avec lesquels on` entamé nore` stage pratique, don` e` consentement nou` ` été accordé pr` e` personnel du CHU ` savoir e` médecin, les infirmiers, e` la psychologue de service pédiatrie. Car on eur` ` expliqué qu'il s'agit dun` travail de recherche pour l'obtention de diplôme de master en psychologie clinique, e` afin d'explorer la présence dune` dépression chez les enfants hospitalisés ou non.

#### **4-2) Critères de la sélection**

- Tous les enfants hospitalisés.
- Tous les enfants sont scolarisés.
- Tous les enfants qui ont l'âge entre 8 et 13 ans.
- Tous les enfants sont pris en charge pour une intervention sur des maladies qui ne menace pas leur pronostic vital.
- Tous les enfants qui dépassent d'un mois de leurs hospitalisations.

#### **5) Présentation de lieu de recherche**

On a effectué notre recherché au sein du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Khellil Amrane, situé à AMRIW qui se compose de plusieurs services (secrétariat, urgence, pédiatre, médecine interne, neurochirurgie, orthopédie, et une salle d'échographique, salle de radiologie, puis des médecins généraliste, spécialiste, des psychologues....etc. Le groupe des soignants et infirmier dans chaque service, on trouve un chef de service et un médecin-chef.

Le service de pédiatrie ou on a effectuées notre stage assure la prise en charge des malades qui présentent des facteurs simples et complexes, tumeur, osseuse, réputer, luxation.

## **Le CHU de Bejaia**

### **5-1) PRÉSENTATION DE CHU DE BEJAIA**

Le (CHU) de Bejaia est une structure d'hospitalisation dépendante du secteur sanitaire de Bejaia, avec une capacité de 203 lits (capacité réelle).

Il est composé de :

#### **❖ Service d'hospitalisation qui comprend**

- Médecine interne avec une capacité de 55 lits.
- Réanimation avec une capacité 8 lits.
- Pédiatrie avec une capacité de 37 lits.
- Chirurgie générale avec une capacité de 55 lits.
- Chirurgie orthopédique avec une capacité de 47 lits.

#### **❖ Plateau technique qui comprend**

- Bloc opératoire.
- Imagerie médicale (radio, scanner).
- Labo d'analyse médicale.
- Pharmacie.
- Urgences médicales chirurgicales.

## **6) Les outils de recueils des données**

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil, dont la fonction essentielle, et de garantir une collecte d'observation et de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (Aktouf. O, 1987, P81).

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique de type semi-directif, et le dessin libre.

### **6-1) L'entretien de recherche**

L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique par excellence. il existe différentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue doit adopter à l'égard du sujet. on peut concevoir l'entretien comme le moment où peut se produire la « rencontre », au sens phénoménologique, du psychologue et du sujet, où peut s'établir ce champ d'intersubjectivité qui est, pour certains, le domaine d'application de la méthode clinique. (Rauchlin.M, 2002, P113).

L'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre entre le sujet et son chercheur, dans la quel le sujet répond aux questions. (J. L Pedinielli, 2005, P 36-37).

La méthode des entretiens semi-directifs permet d'effectuer des études d'approfondissements, ses techniques peuvent être employées pour préparer une pré-enquête dans laquelle nous construisons une échelle fondée sur un groupe d'items. L'analyse des données recueillies lors des entretiens semi-directif permet d'identifier les principales dimensions, et à repérer les questions pertinentes qui sont utilisées pour appréhender les différentes facettes de phénomène.

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. (Bénony.H et Chahraoui.KH, 1999, P12-13).

Nous avons effectué les entretiens à base d'un guide formulé à l'avance qui contient trois axes qui composent d'un ensemble de questions visant à recueillir des informations concernant nos hypothèses.

Le type d'entretien qui convient à notre recherche est l'entretien semi-directif qui favorise l'expression personnelle du sujet combinée avec le projet d'explorer un thème particulier (Peddinilli.J. k ; 1994; P76).

En effet, L'entretien nous a permis d'avoir des informations sur les enfants hospitalisés, sur leurs vécus familiaux, relationnels et sur leurs maladies. « Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, exemple à la fin d'une séquence d'association. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son sujet. » (Khadidja CHAHRAOUI. Hervé BENONY, 2003, P143).

## **6-2) déroulement de l'entretien**

La première étape, on a effectué un entretien préliminaire avec les enfants hospitalisés, après avoir bien sûr donné une explication sur le travail que nous allons faire ensemble, et par conséquent on a eu un accord oral pour la participation dans notre recherche. Dans la deuxième partie, avant de procéder à l'entretien on a présenté

sur le dessin libre à l'enfant hospitalisé pour avoir leur accueil d'une façon officielle et légale après avoir eu l'accord oral dans l'étape qui précède, puis on utilise notre entretien de type semi-directif, axé sur des thèmes précis. Ensuite la collecte des données et la passation des entretiens- semis directifs avec des enfants hospitalisés dans le but de préparer le test et aussi de recueillir des données sur la dépression. La durée des entretiens était de 30 à 40 minutes, pour la passation des entretiens on base sur un guide d'entretien qui se constitue par trois (3) axes : maladie et hospitalisation, les conséquences (diminuer les ressources, et le dernier axe se focalise sur la dépression (recueillir les symptômes de la dépression chez les enfants hospitalisés).

### **6-3) L'entretien semi-directif**

Dans le cadre de notre recherche, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés. Ce dernier se définit comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse ». (Angers.M, 1997, P144).

Pour Chiland.C « Comme la situation ou le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, mais les questions ne sont pas formulées à l'avance. Elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple » (Chiland.C, 1983, P11).

### **6-4) Le 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 organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute d'intervention d'intervieweur » dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celles-ci seront

nécessairement identique pour tous les sujets. (Bénony. H et Chahraoui.KH, 1999, P144).

Pour mener notre entretien en pratique, on a utilisé le guide d'entretien composé de trois axes, dont chaque axe contient six, sept et neuf questions, en relation directe avec notre recherche. Des questions secondaires sont aussi posées pour recueillir le plus grand nombre d'informations possible sur l'enfant hospitalisé. L'ensemble de ces questions sont posés en langues françaises, kabyles, arabes tout dépend des connaissances linguistiques de l'enfant. Et cela, pour assurer une bonne compréhension.

**Axe I :** il s'agit là des données d'ordre subjectives dont l'objectif est de recueillir les données sur l'état psychique, et le type de maladie qu'est le motif de l'hospitalisation de ces enfants, ainsi en particulier la manière de la conception de l'hôpital pour chez jeunes patients.

**Axe II :** cet axe présente l'ensemble des questions sur l'aspect relationnel liées au moment de l'hospitalisation, en termes de soutien psychologique et familial. Qu'on a opté de recueillir des informations concernant en général le soutien de l'enfant hospitalisé, et les conséquences sur la relation familiale après la séparation.

**Axe III :** Enfin en dernier axe, on a formulé des questions pour des fins de recueillir les symptômes de la dépression chez les enfants hospitalisés. (Voire l'annexe).

### **6-5) le dessin libre**

Notre deuxième outil dans cette recherche est le dessin libre, et on a pris comme guide d'interprétation le modèle de Françoise Dolto (1948).

#### **Définition n°1**

“ Le dessin libre est une expression, une manifestation de la vie profonde. À travers le graphisme le sujet exprime aussi ses difficultés, ses troubles nous apparaissent non voilés, le dessin nous livre en effet l'inconscient du sujet et nous révèle ainsi son

« climat psychologique », il représente donc pour nous un instantané de l'état affectif (Georges Cognet, 1948, P 22).

### **Définition n°2**

« Le dessin est une activité spécifiquement enfantine. Il raconte et explique ce que l'enfant ne peut pas formuler verbalement. Il nous transmet donc une partie de son monde interne. Pour l'enfant, le dessin répond à l'intention précise de signifier par l'image ce que l'enfant ne peut encore exprimer par l'écriture. (Hélène Ricaud et al, p. 104).

### **6-5-1) Matériel de passation de dessin libre**

Papier A4, crayon de cahier, une boîte de 12 crayons couleurs, une gomme et une règle.

### **6-5-2) Une production sans consigne**

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

Très souvent, les professionnels, lorsqu'ils laissent dessiner un enfant seul ou sans de contraintes, évoquent la notion de dessin libre ; c'est-à-dire une production sans consigne initiale, que l'enfant semble mener à sa guise. Cette expression graphique sans demande formalisée est comprise, dans une forme d'abus de langage, comme affranchie des attaches, dégagée des stéréotypies ou bien encore non prédéterminée, non asservie. Comme si la liberté créatrice pouvait toujours advenir lorsque le support à l'expression est le dessin. Comme si le fait de laisser des traces devenait synonyme d'autonomie, d'affirmation originale d'un vrai self. D'ailleurs, les esquisses quelquefois maladroitement, les teintes de pastel des crayons de couleur ou franches des feutres sont, pour beaucoup d'éducateurs ou de parents, associés à une fraîcheur, à une sincérité et vérité de l'enfance. (Georges Cognet, 2011, P 13).

**Consigne :** fait moi un dessin.



### 6-5-3) L'étude psychologique de dessin

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

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

### 6-5-4) Le dessin comme un rébus symbolique

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

Ces interprétations, souligne l'auteur, enrichissent les futures productions, en effet « lorsque l'adulte interprète à un enfant son dessin, l'enfant lui prouve immédiatement sa reconnaissance en lui apportant un matériel de plus en plus riche. » Remarque particulièrement pertinente que les cliniciens, qui utilisent le dessin dans leur pratique, vérifient très régulièrement. (Ibid. P 23).

Enfin, Françoise Dolto invite le clinicien à examiner certains aspects plus précis, plus techniques du dessin qu'elle relie à des interprétations :

### 6-5-5) Tableau N° 2 grille d'analyse de dessin libre selon le modèle de Françoise Dolto

| <b>LA COMPOSITION</b>  |  |
|--|--|
| <b>Analyse</b>   | <b>Interprétations de F. Dolto</b>   |
| Les bases du dessin sont-elles tracées ?                                 | Le sujet prend-il racine sur quelque chose de solide et de réel dans la vie ?            |
| Le dessin est-il sur un même plan ou d'après plusieurs axes différents ? | N'y a-t-il pas une scission dans la personnalité du sujet ?                              |
| Le dessin a-t-il un cadre délimité ?                                     | Le sujet vit-il dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant ?    |
| Quelle est la grandeur de dessin ?                                       | Le sujet est-il sûr de lui, ose-t-il s'exprimer, ne fuit-il pas une partie de lui-même ? |

| <b>LE THÈME</b>  |  |
|--|--|
| <b>Analyse</b>   | <b>Interprétations de F. Dolto</b>   |
| Y a-t-il une absence totale de personnage, cette absence est-elle constante ?  | Le sujet participe-t-il au monde des humains ou vit-il en lui-même ?   |
| Quels sont les animaux représentés et quelle peut être leur signification ?<br>Aime-t-il le monde végétal ? Ses arbres | Est-ce la traduction d'instincts agressifs ou la libération d'instincts trop violents qui effraient le sujet ? |

|   |  |
|---|--|
| et ses fleurs sont-ils enracinés, coupés, en pleine terre ? |  |
| Les traits sont-ils faibles ou forts ?                      | Ils révèlent selon les circonstances la timidité, l'inquiétude ou bien la violence, l'assurance de soi ou bien encore un désir de s'affirmer et d'être ?   |
| Les couleurs sombres ou claires, effacées ou violentes ?    | Les couleurs nous renseignent sur la tonalité affective du sujet. Les teintes sombres ou effacées correspondent généralement à un état dépressif, les claires ou violentes à une humeur moins morose.<br>Les associations que le sujet donne sur les couleurs sont souvent très importantes dans l'interprétation, couleurs « fille » ou couleurs « garçon », couleurs vilaines, tristes, méchantes, que j'aime, que je n'aime pas et qu'untel trouve bien, etc. |

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

**Conclusion**

Dans ce chapitre méthodologique, on a présenté le lieu de notre recherche, la démarche suivie, et l'outil utilisé tel que l'entretien et le dessin libre. On a exposé aussi la façon d'analyse de ces deux outils qui nous permet de détecter la dépression de chaque enfant hospitalisé. Ainsi, la collecte des données sur les sujets pour dévoiler la qualité de la dépression de chaque sujet et arriver à des résultats quand peut analyser et interpréter dont le but d'infirmer ou de confirmer notre hypothèse formulée au début de la recherche.



**PARTIE PRATIQUE**

# **CINQUIÈME CHAPITRE**

*Analyse des données*

*ET*

*discussion des hypothèses*

## **Préambule**

Nous tenons dans ce dernier chapitre de présenter la partie pratique qui constitue une présentation et analyse des données de notre stage qu'on a effectué au sein du centre hospitalo-universitaire « **CHU** » de Bejaia.

On va faire une présentation de six cas d'enfants hospitalisés, pour lesquels on a fait passer l'entretien clinique et le dessin libre. Ce travail va nous permettre en fin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

## **I-Présentation et analyse des résultats de la recherche**

### **Cas N°« 1 » : Faouzi**

#### **A. Présentation du cas**

Faouzi est un garçon âgé de (12) ans, il est le benjamin d'une fratrie de deux enfants, il vit dans son foyer familial, d'un niveau socio- économique moyen, demeurant à Bejaia. Avec sa mère et son père que sont souvent absentes pour des raisons professionnelles. Selon la mère le déroulement de l'accouchement de Faouzi s'est passé normal. Il est né d'une grossesse désirée et attendue .quant au développement psychomoteur, il a franchi ses premiers stades de développement dans de conditions qualifiées. Quant au développement psychologique, Faouzi possède un bon niveau de compréhension, ainsi il montre un comportement social adopté, vu qu'il est un enfant hyperactif d'après le diagnostic de son psychologue traitant. À l'école, Faouzi est en deuxième année moyenne (CEM) il obtient des notes moyennes. Hospitalisé au service pédiatrique du (CHU) pour une altération de la vésicule biliaire avec un grattage massif de la peau, vu l'instabilité de son état de santé, l'hospitalisation à due plus deux mois.

Il présente une obésité qui selon le médecin traitant héréditaire (ses parents).

#### **B. Résumé et analyse de l'entretien**

Durant l'entretien qui a duré plus de (30) minutes, le sujet s'est montré coopérant .le contacte a été marqué par un climat de réassurance, et il été riche. Ses réactions à l'entretien ont été vécues par une participation effective il à très envie de parler à

quelqu'un qui l'écoute et raconter sa souffrance, il considère cet entretien comme une occasion pour s'exprimer.

Au début de l'entretien, on a remarqué que Faouzi s'adapte facilement à nos questions qui abordent son attitude sur la maladie. Il a exprimé une déception vis-à-vis sa maladie « je suis déçu... ». Il nous informe « aqlak tettwalidh » en général ça va pas de tout, je ne sais pas comment je vais vous expliquez « ttighimith kan » je suis toujours dans ce lit, et toujours avec les seringues... mais à cause de mon obésité je suis obligé de suivre le traitement. « C'est une maladie méchante... »

À propos de l'évaluation de la maladie, Faouzi qualifie sa maladie de négative « je ne suis plus le même, on a constaté que Faouzi a très peur de sa maladie ainsi de l'hôpital, cela éprouvé dans le passage pessimisme suivant « wellah di tlamast, ulac imegayen n l3ali, xarsom thezdeg ur nhedar ara, yiweth nerihha thkhennaq, thernud-as lharag la3ca n was », « je déteste l'hôpital surtout les odeurs médicamenteuses... », « personne ne veut entrer à l'hôpital parce que ce n'est pas un milieu de calme », donc on constate les différentes difficultés rencontrées par Faouzi lors de son hospitalisation.

Nous l'avons sollicité à nous parler des personnes qui lui rendent des visites, il nous a répondu « ma relation avec ma famille chwiya kan... ». On demandant la raison, il nous dit « ils ne sont pas toujours là, et surtout je souffre lorsque j'ai besoin de mes résultats d'analyse, car mes parents ne sont pas véhiculés et le seul véhiculé c'est mon oncle qui travail loin... » Il rajoute « j'ai reçu une somme d'argent auprès de mes camarades de classe, d'ailleurs ils se sont s'absenter pour me rend visite, ya3tihoum ssaha ».

Faouzi vit une situation stressante, et un état psychologique et psychique qui se dégrade de plus en plus « 3yigh, digotigh akk-ith, ur gannegh ara », « je suis fatigué, je ne dors pas, je souffre ». « ma d lmakla ur teccagh ara mlih dagi, sennen ara ad sewen akken ikom lhal », « les repas de l'hôpital sont mal préparés » cela explique sa perte d'appétit que d'habitude ainsi que les modifications de sommeil et fatigue s'exprime presque dans tout les passages. Il développe de plus en plus un sentiment de dégoût vis-à-vis de son hospitalisation, ce qui le pousse de vivre dans l'isolement « je reste seul, je ne connais personne ici, et j'évite toute contacte avec les autres à cause de la transmission des maladies ». ce la veut dire qu'il s'isole des autres enfants.



Suite aux réponses obtenues aux questions, qui visent à concevoir l'avenir envisagé par le sujet malgré son hospitalisation, on a remarqué à se propos chez Faouzi, de l'hésitation, de l'inquiétude et de la peur « wissen...nchallah...mais, » « je ne sais pas si je pourrais vivre comme les autres enfants », « l'essentiel que la personne ne dériver pas à la rivière.

## **Conclusion**

À travers l'entretien, nous avons constaté que notre patient présente plusieurs symptômes qu'on trouve chez une personne dépressive, comme l'insomnie, dévalorisation de soi, absence d'intérêt et un manque d'adaptation envers les nouvelles situations, la fatigue, pessimisme...etc.

### **C. Présentation de dessin de Faouzi**

D'après Faouzi, sa production renvoie à une scène de monde naturelle, avec des trois fleurs bien enracinées entre deux montagnes. Son dessin ne contient pas des personnages, sauf des traits de crayon sous forme des oiseaux qui sont en plein air, avec deux grandes montagnes sous forme de pyramides, et en tout haut à droite en trouvant le soleil, ainsi son dessin est considéré comme propre, c'est-à-dire il n'y a pas de rature et de gommage. Bien encore, les bases de dessin ne sont pas tracées, comme il n'a pas utilisé toute la page. Ce qui concerne le coloriage, Faouzi n'utilise que quatre couleurs d'apparence claires.

### **D. Interprétation de dessin libre du cas N°1**

Lors de notre demande à Faouzi de nous faire un dessin libre, la première manifestation qu'on a remarquée est signalée par une expression de refus de dessin « je ne sais pas dessiner ? », qui renvoie souvent à une humeur dépressive, d'après certaines auteures. Et après des renforcements de notre part pour éliminer cette rigidité, notre sujet accepte de dessiner, donc on peut aussi analyser sa production par une mesure de la clinique dépressive. Tout d'abord sur le plan formel ; le dessin de notre sujet est réalisé sans aucun personnage avec une absence constante, ce qui veut dire que Faouzi ne participe pas au monde des humaines, ceci renvoi au l'isolement et

un rempli sur lui-même, aussi les bases de dessin ne sont pas tracées, ce qui explique que le jeune patient n'a pas un appui solide dans la vie. Son dessin n'a pas un plan délimité qui dévoile que le sujet ne vit pas dans la réalité, et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant. On remarque une grandeur dans sa production, ceci explique que le sujet n'est pas sur de lui-même, comme il fuit une partie de lui, qui veut dire qu'il n'ose pas de s'exprimer. L'absence totale des animaux révèle que Faouzi n'aime pas le monde animal, c'est une signification d'une traduction d'instincts agressifs trop violents qui effraient le sujet.

Sur le plan graphique, on constate que les traits sont très faibles, qui révèlent une circonstance de timidité, et de l'inquiétude selon l'interprétation de F. Dolto, autrement dit Faouzi veut s'assurer de soi, ou bien encore il veut exprimer un désir de s'affirmer et d'être. D'après le coloriage de notre sujet, on remarque que ses teintes et bien claire (bleu, rouge, jaune et orange), ce qui correspond généralement à un état dépressif, avec une humeur moins morose. (Voire l'annexe).

### **Synthèse du cas**

La corrélation entre les données obtenues auprès l'entretien effectué, montre que notre patient présente plusieurs symptômes qu'on trouve chez une personne dépressive, comme l'insomnie, dévalorisation de soi, absence d'intérêt et un manque d'adaptation envers les nouvelles situations, la fatigue et pessimisme...etc. Et celle de l'épreuve de dessin libre montre que Faouzi exprime une humeur dépressive suite a son refus de dessin, il le manque une sollicitation par les gens se qui engendre l'isolement et un rempli sur lui-même, aussi on a remarqué que le sujet ne vit pas dans la réalité, et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant, comme il n'est pas sur de lui-même, ainsi il fuit une partie de lui, ceci montre qu'il n'ose pas de s'exprimer, aussi il révèle une circonstance de timidité et de l'inquiétude veut s'assurer de soi qui correspond généralement à un état dépressif. Enfin, Faouzi éprouve une position équivalente à un état dépressif. Causé par son l'hospitalisation qui à une influence négative sur son état psychique, tel que l'humeur dépressive, déplaisir et la perte d'intérêt, l'isolement, et rempli sur soi.

**Cas N°« 2 » : Manis****A. Présentation du cas**

Manis est un jeune garçon âgé de (8) ans. Issu d'une petite famille, dont il est le deuxième d'une fratrie de deux garçons, il vit avec sa famille d'un niveau socioéconomique moyen. Demeurant dans une zone rurale de bouhamza (Bejaia), donc son père est très malade qui présente un handicap moteur de 80%, après un accident de travail, et sa mère qui est femme au foyer. Manis est né d'une grosse désirée, l'accouchement été à terme sans aucune complication. Quant au développement psychologique, Manis possède une bonne capacité d'assimilation, ainsi une grande capacité d'adaptation aux différentes situations. Il mène une scolarisation normale, actuellement il est en troisième année primaire, avec des résultats satisfaisants dans l'ensemble. Ses notes sont bien supérieures à (7/10 de moyenne). Il est hospitalisé pour une période de plus d'un mois suite à une perforation de l'appendice au service chirurgical générale au sein de CHU.

**B. Résumé et analyse de l'entretien**

Au cours de notre premier entretien, le sujet s'est présenté avec une forte timidité, stable et calme. Avec un discours restreint, le contact a été possible marqué par un renforcement de notre part a fin d'enrichir et d'atteindre l'objectif de notre entretien.

On abordant les questions concernant son attitude envers son hospitalisation, Manis a confirmé un grand dégoût et de la peur envers son séjour dans l'hôpital « digoutigh, 3yigh dagi, amkan-agi imog am lhebs » « je ressens le dégoût, ce milieu ressemble à un prisent », ainsi il exprime un malaise de ses habitudes « kolech ibedel felli, ur zmiresh ad ccegh ur zmiresh ad swegh, 3yigh dayen beghigh ad ruhegh saxxam nnegh » « tout est changé pour moi ici, je n'arrive pas a mangé ni a boire, je veux m'en sortir immédiatement, je souffre toujours de dégoût ». Ensuite son mal connaissance de sa maladie provoque chez lui des incertitudes « je ne sais pas,, je pense que c'est une maladie dangereuse, qui me provoque beaucoup de mal ». Ce qui explique sa non-acceptation de la maladie en trouvant des difficultés « je suis anormal ».

Concernant les personnes qui lui rend des visites, Manis affirme que personne n'a été au courant de sa maladie sauf sa petite famille « hed ur ye3lim aqlin hekagh, be3degh mlih fella-sen, baba ur yezmir ara ad-yes ghuri yodhen mlih meskin », « mes cousins ne savent rien de ma maladie, et ni mes camarades de classe, peut-être parce que je suis très loin de la maison et d'eux, ainsi mon père qui est très malade il souffre lui aussi », il continue « seule personne qui me soutien c'est ma mère, elle me donne de courage pour que puisse dépassé ma souffrance ».

Manis souffre de la solitude dans l'hôpital, il relate cette situation par le manque relationnel de sa famille et surtout son frère et son père « ma relation familiale est un peu désagréable, il me manque mon père et mon frère, ainsi mon école et mes amis que j'ai un très long moment que je les pas vues. Il a exprima la réaction de ses proches comme suit « ur sen-ye3gib ara lhal, heznen felli » « ils sont très malheureux pour cette situation qui ma touché, ils sont tristes pour moi ». Comme il vie un isolement total, Manis ne fréquente personne « ur nezmir ara ad nurar negh a nemeslay », « tous les enfants ont des comportements bizarres, ils cris, ils pleurent, je ne peux pas rester avec eux ».

Notre patient explique qu'il ressent toujours de la peur et de tristesse « tucedhegh ,ur ideye3gib uma dekra dagi, ur te-ccagh,ur gann-agh la3cha, goumegh ad walfagh amkan-ayi » « j'ai peur, et souvent triste, car je mange pas et je dors pas bien la nuit ,je suis enfermé ici, je ne connais personne ici, et je suis très loin de notre maison ». Cela s'explique qu'il a perdu d'appétit que d'habitude ainsi que les modifications de sommeil et fatigue s'exprime presque dans tout les passages.

Manis exprime une vision pessimiste et triste envers l'avenir, « hmmm...aucune idée vraiment, quand je sors d'ici sera facile à concevoir...je veux devenir un pilote, mais avec cette maladie, je ne sais pas si je vais pouvoir le faire... ». Une dévalorisation de soi, il se voit incapable de devenir ce qu'il veut, donc on constate que la maladie a influencé négativement sur son futur avenir intime.

## **Conclusion**

On peut conclure que Manis souffre d'une dépression, à un degré plus au moins élevé, provoqué par son hospitalisation. On remarque, un certain désespoir chez lui, vis-à-vis de sa situation et de son état physique et moral, et cela se manifeste par

l'isolement, tristesses, idées noires, manque d'appétits, insomnies, alors on constate que c'est une dépression.

### **C. Présentation de dessin de Manis**

Il s'agit d'un dessin ambigu, un dessin qui n'est pas sur le même plan ou il est de trois axes différent, le premier il est le plus grand par rapport aux autres, centrés sur la feuille de dessin, qui se ressemble à un monstre avec un point noir foncé en dirait un œil, ses traces sont fortes et sans couleurs, et en haut à gauche un autre dessin qui a une forme moyenne, qui se ressemble à une aile d'un oiseau, ses dessins sont faible et sans couleur. Le troisième en bas à droite de la feuille, aussi a une forme moyenne, sans couleurs, avec un mot écrit en arabe en tout haut de la feuille de dessin qui veut dire « dans la ville », Manis est laissé son dessin sans peintures, car d'après lui il n'aime pas les couleurs. Aussi bien, les bases de dessin ne sont pas tracées et elles n'ont pas un cadre délimité, comme il n'a pas utilisé toute la page. Donc, son dessin est considéré comme propre, pas de rature ou de gommage.

### **D. Interprétation de dessin libre du cas N°2**

Lors de sa préparation de dessiner, Manis montre qu'il est un peu fragile, essaye avec tranquillité de prendre le matériel de dessin. D'abord, sa confirmation « je n'ai pas d'idée, sur quoi je vais dessiner » qui montre souvent une attitude qui renvoie à la perte d'estime de soi. Ainsi, l'attitude de notre sujet qui, lors du dessin, ne semble ressentir aucun plaisir à communiquer et de dessiner.

Manis a associé autour de son dessin pour indiquer sa souffrance « un enfant qui s'est perdu dans la ville », la confusion qui envahit la surface de la feuille. Ce jeune enfant dessine et représente un personnage dans la ville qu'est très belliqueux, qui renforce le sentiment d'agressivité. Des images comme on les imagine dans les cauchemars, des formes non déterminées, et inquiétantes.

D'après l'analyse de dessin selon le modèle de F. Dolto, on a remarqué que les bases de dessin ne sont pas tracées, ce qui renvoie que Manis ne prend pas de racine sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie. Un dessin qui n'est pas sur le

même plan ou il est de trois axes différents car il n'y pas une scission dans sa personnalité, aussi, il n'a pas un cadre délimité se qui prouve que Manis ne vit pas la réalité, avec aucun sens de l'harmonie avec le monde ambiant.

Manis, représente son dessin comme un monstre au milieu de la feuille, avec un point noir foncé en dirait un œil, ses traces sont moyennes avec des vibrations au milieu, qui renvoie à l'agressivité et en haut à gauche un autre dessin qui a une forme moyenne, qui se ressemble à une aile d'un oiseau, ce qui renvoie l'effraction de sujet par une violence.

Dans le dessin de Manis, l'objectif est inconscient serait de transformer l'angoisse en peur, qui lui permet une mobilisation pour assurer sa défense. Donc, sa production est considérée comme rare dans la mesure où il propose une représentation symbolique qui pourrait être associée à l'angoisse ressentie à l'hôpital, mais une certaine forme de représentation inconsciente et directe de cette angoisse.

Ce qui concerne le coloriage tout le dessin est en blanc qui évite ainsi l'émergence d'affects dépressifs et la représentation d'un monstre, là encore un symbole de la mort. (Voire l'annexe).

### **Synthèse de cas**

D'après la concordance des propos de Manis à l'entretien et ses résultats obtenus, on a constaté que l'hospitalisation a influencé négativement sur son état psychologique. On remarque aussi, un certain désespoir chez lui, vis-à-vis de sa situation et de son état physique et moral, et cela se manifeste par des signes comme l'isolement, tristesses, idées noires, manque d'appétits, insomnies, symbole de la mort, et inquiétude, qui lui provoqué une dépression.

Et d'après l'analyse de dessin libre, on a conquis la transformation de l'angoisse en peur, montre l'attitude qui renvoie à la perte d'estime de soi, aussi cette attitude ne semble ressentir aucun plaisir à communiquer. Un dessin envahit et renforce le sentiment d'agressivité. L'enfant présente un manque de racine sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie, ainsi l'émergence d'affects dépressifs, notre sujet a une personnalité cohérente et il ne vit pas dans la réalité, avec aucun sens de l'harmonie à

l'égard de monde ambiant. On a constaté que l'hospitalisation a influencé négativement sur son état psychologique, qui lui provoqué une humeur triste. On trouve comme signes la perte d'estime de soi, l'angoisse, symbole de la mort, la peur, perte de plaisir, et inquiétude.

### **Cas N°« 3 » : Saber**

#### **A. Présentation du cas**

Il s'agit de Saber âgé de (13) ans, il est le benjamin d'une fratrie de quatre enfants. Saber vit dans une grande famille, issue d'un niveau socio-économique est très élevé, dans un foyer familial de ses grands-parents paternels dans une zone urbaine de Tichy à Bejaia. C'est un jeune garçon très adorable et trop gâté par sa famille, vu que c'est le dernier enfant de ses parents, donc à la naissance, il a été accueilli avec une grande joie par tous les membres de la famille. Saber scolarisé en première année au CEM, qui obtient des résultats scolaires insuffisants (10 /20). Hospitalisé pour un déboitement au niveau de son genou, au service chirurgical général à l'hôpital de Bejaia (CHU), dans une période d'un mois et demi.

#### **B. Résumé et analyse de l'entretien**

Au cours de l'entretien, notre sujet c'est montré triste, accompagné d'une mauvaise humeur, passive, il montrer son accord pour participer à l'entretien après avoir expliqué les objectifs de notre entretien.

D'après les réponses obtenues aux questions sur l'hospitalisation, dans l'objectif de connaître son attitude personnelle vis-à-vis sa maladie, Saber montre qu'il vit mal avec, vit dans une situation de tristesse et de l'incertitude vis-à-vis son genou « c'est difficile de vivre avec un seul genou... je ne sais pas est-ce que je peux la récupérer comme auparavant, on marchant avec elle pour une deuxième fois ». Ce qui peut expliquer qu'il se dévalorise, ne se voit pas comme les autres.

Il nous a décrit ses journées quotidiennes à l'hôpital, comme il affirme sa conception envers ce dernier en expliquant «3yigh deg-s, sbitar i3eliyi lfeq3a ttameqranth » « je suis fatigué ici, l'hôpital me fait un grand choc, d'ailleurs j'ai passé une fête de l'aïd à l'hôpital d'Alger, c'est une honte... » Il continue « ainsi l'hôpital il

n'a pas des bons médecins, parce que lors de ma première hospitalisation causée par une fracture dans ma main, j'ai risqué de perdre toute la main à cause de leurs inquiétudes, et leurs manques de savoir-faire, se sont des médecins de faux ».

Donc, Saber exprime une tristesse, un dégoût il déteste l'hôpital définitivement «3yigh mlih yerna daqegh, dégoutigh ak dagi, isedeg-dgeyi 3ofeghth akith » « je souffre beaucoup, y'a trop de la fatigué ici, un grand dégoût, j'ai passé 10 jours sans fermé les yeux, à cause de ma position douloureuse, et d'un autre côté c'est pas un milieu de calme, je ne peux pas dormir de tout, c'est pas comme notre maison » il ajoute « 3edzagh-as i Imakla, ur sinnen ara ad-suwen » « j'ai perdu l'appétit, je mange pas leurs repas, ils sont pas de gout ».

Pour les personnes qui lui rendent visites, ce garçon confirme « j'ai reçu trop de monde, dont ma famille, mes amis...c'est un grand plaisir de les voir, mais un grand merci à ma mère c'est le seul soutien que j'ai trouvé dans l'hôpital ». Il rajoute mes proches sont trop inquiétés pour moi « mon père ne cesse pas de me parler de mes bêtises, il est un peu sévère avec moi, comme il essaye toujours de m'orienté vers la bonne route ». Ainsi, il affirme une perte d'intérêt envers toutes ses habitudes précédentes « je n'ai pas envie, et j'ai perdu le gout pour mes loisirs préférés, car je suis faible pour continuer mes taches ».

Aussi bien il exprime un sentiment de culpabilité dans le passage suivant «J'ai abandonné mes études pendant un mois » il regrette sa situation causée, par l'isolement « ya pas des bonnes gens ici, je veux sortir de l'hôpital, pour changer le mouvement et voir un peu le monde ».

Pour l'avenir, Saber était pessimiste avec une humeur triste, il était inquiet et peur pour son futur avenir, ainsi a son état de santé « amek ze3ma,,hmmm » « j'ai refait l'année deux fois, nchallah je serai en deuxième année l'année prochaine ». Il rajoute «wissen, besseh ayen ikethben yektheb » « c'est mon destin, mais c'est une leçon » on voit ici une référence à la morale religieuse pour pouvoir tenir le coup et donner sens à l'évènement.



## **Conclusion**

Après l'analyse de l'entretien on a détecté les symptômes de la dépression chez notre patient tel que (la fatigue, tristesse, hypersomnie, perte d'intérêt, faible estime de soi, et les sentiments de désespoir).

On peut conclure le contenu de l'entretien pour dire que Saber a subi une dépression lors de son hospitalisation.

### **C. Présentation de dessin de Saber**

Notre sujet a dessiné un paysage attirant, au milieu une voie de la route avec un bardage rouge et blanc, en haut des montagnes, des nuages bleus et le soleil, et en tout bas des rochers et de l'eau, d'après Saber, il reflète le lieu de l'accident. Donc, le dessin ne contient aucun personnage remarquable. Aussi les bases de dessin ne sont pas tracées, on remarque une grandeur du dessin, ça veut dire qu'il a presque utilisé toute la page. Les traits utilisés sont forts, ainsi que des couleurs claire et sombre (marron, rouge, jaune, noir et bleu). En effet, le dessin est propre, pas de rature et d'effacement. L'inspiration du dessin prend sa source dans un imaginaire fertile, en lien avec le réel.

### **D. Interprétation de dessin libre du cas N°3**

La première réaction quand Saber a pris le matériel, il a fait un sourire ou il relate, « oui ! Je vais vous dessiné y a pas de problème » un bon moment, on a remarqué que les signes de son visage sont changés carrément, et il dit « je vous dessine le lieu ou je me suis tombé ? ».

D'après l'observation, on a remarqué pendant la passation de dessin libre que Saber était calme, sage il a mal partout, surtout dans son pied comme il n'arrive pas à bouger sa tête, mais comme même, il est motivé pour nous faire un dessin qu'il le considère comme occasion pour s'exprimer, mais il ne peut pas parler beaucoup, car il a mal. On a distingué aussi, que Saber a mis beaucoup de temps pour réaliser sa production.

Le dessin réalisé par Saber, qui a subi un accident dans son village de Tichy. Ce dessin illustre un aspect important du traumatisme psychique qui est le syndrome de répétition des angoisses liées à l'évènement traumato-gène initial, qui lui laisse une grande désorganisation psychique. Fréquente chez cet enfant : cris, coups, peurs. Comme il met en place, une composition où se mêlent des éléments de réalité (rochers noirs, la mer). La répétition du vécu traumatique chez notre sujet, apparaît évidemment dans les cauchemars (il se réveille en pleurs, tombe de son lit, et alors un besoin d'être rassurée longuement), dans la vie courante (une porte qui claque, une voix plus forte et elle est saisie d'effroi).

D'après l'analyse de dessin libre de F. Dolto on a prédit notre dessin de Saber comme suit, les bases du dessin ne sont pas tracées se qu'interpelle le sujet ne prend pas les racines sur quelque chose de solide et de réel dans la vie. Saber n'a pas une scission dans sa personnalité, et il vit dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde harmonie parce que le dessin a un même plan et avec un cadre délimité. Un dessin qu'est occupée toute la feuille, donc Saber est celui qui n'ose pas de s'exprimer. L'absence d'animal dans le dessin de Saber reflète des instincts pas trop violents, le sujet révèle la timidité et l'inquiétude. La couleur sombre correspond généralement à un état dépressif. (Voire l'annexe).

### **Synthèse de cas**

D'après l'analyse de l'entretien, les conséquences sont données les symptômes suivants : la fatigue, tristesse, hypersomnie, angoisse, perte d'intérêt, faible d'estime de soi, et les sentiments de désespoir.

L'analyse de dessin libre sortit des résultats comme la timidité et l'inquiétude plus un état dépressif. On a tiré une conclusion que Saber a développé une dépression, engendré par l'hospitalisation suite à sa maladie, qui rend sa vie de plus en plus difficile.

**Cas N°« 4 » : Hicham****A. Présentation du cas**

Hicham est un garçon âgé de (11) ans, le seul garçon et le troisième d'une fratrie de trois enfants, dont il est le deuxième. Il vit dans son foyer familial avec sa petite famille d'un niveau socioéconomique est moyen, qui demeure à Sidi Ali Labher de Bejaia. Selon la mère le déroulement de l'accouchement de son fils était normal, il est né à terme, d'une grossesse désirée et attendue. Quant à son développement psychomoteur, il a franchi ses premiers stades de développement dans des conditions qualifiées de normales. Hicham est en cinquième année primaire, il mène une scolarisation dite normale, avec des résultats moyens à (6 /10 de moyennes). Hospitalisé pour une maladie de Troubles digestifs avec Vomissement nausées, au service pédiatrique de CHU à Bejaia, d'après le bilan médical le séjour de Hicham dépasse une période d'un mois et quelques jours. Le diagnostic de cette maladie chez Hicham a été suite à un doute sur son état de santé, et l'apparition des symptômes inhabituels.

**B. Résumé et analyse de l'entretien**

Durant notre entretien avec Hicham, au premier contacte, il s'est montré inquiet et inhibé, mais après un renforcement et des encouragements de notre part, le sujet est devenu calme, et puis un climat de stabilité et de réassurance est installé.

Au début de l'entretien, Hicham a exprimé des moments de silence et d'évitement du discours. Mais les résistances ont été levées on abordant son attitude envers sa maladie « dayen igellan, lukan uffigh ur helikagh ara » « oui, j'ai peur de cette maladie, le médecin ma dit qu'il faut que je fasse attention à moi...je suis obligé de me soigne, j'espère qu'ils vont me trouver un traitement », d'après ces propos, on constate qu'il n'accepte pas sa maladie et avec une mauvaise compréhension de cette dernière. À propos de son hospitalisation le sujet confirme que « chwiya, ur ye3jib ara, yettwakhnaq lhal mlih dagi, ttdhaqagh » « j'ai jamais pensé d'entrer un jour à l'hôpital, c'est un choc, l'hôpital ressemble à un prison, il ya pas des bons choses à faire ici au moins pour s'amuser, même les toilettes sont pas propres,, ce n'est pas comme la maison ».

Pendant l'entretien Hicham a révélé qu'il souffre des troubles de sommeil, constatant ça dans ses paroles « ur zmirzgh ara ad gnegh la3ch, lfuha, yerna tela thizitt thneq » « je me réveille deux à trois fois la nuit après je suis incapable de me rendormir...à cause des odeurs, d'ailleurs les draps sont salés par le sang, il n'a pas de propreté...ce n'est pas un milieu de calme ». Aussi bien il exprime un manque de l'appétit que d'habitude « ur ithett3ajab ara lmakla n-sen, tiswi3in nettaf degs lwattuf » « je ne peux pas manger leurs repas, d'un côté ils sont mal préparés, et d'autres côté je trouve des fourmis, des cheveux, et toujours presque sont les mêmes repas (la purée) ».

Hicham a bénéficié d'un bon soutien familial de la part de sa chère mère, qui me dérive toujours vers des bons chemins, ainsi de la part de ses visiteurs « khir ma quimagh wahdi dagi » « c'est un plaisir de voir la famille, c'est mieux que je reste seul » face aux difficultés de l'hôpital, ce qui lui permet de s'adapter un peu à sa maladie et de n'établir aucune relation au sien du milieu hospitalier « imawlan-iw feq3en ur senya3jib ara lhal mi dussigh ar-dagi, bghan ad feghagh » « ma famille ne veulent pas que suis ici, ils veulent que je sorte ».

Au cours de l'entretien, le sujet nous a révélé qu'il se fatigue souvent, avec un sentiment d'angoisse que ce soit physiquement ou moralement « je me sens très fatigué surtout moralement, je n'arrête pas de penser ». À-propos de la tristesse notre sujet, nous confit qu'il lui arrive d'être triste, mais pas tous les jours « il m'arrive ou je me sens triste, mais pas tout le temps, je reste toujours seul dans cette chambre en regardant les quatre murs » silence après il continu « j'ai un sentiment terrible ».

Quand on lui abordé le sujet de l'amitié elle nous a déclaré qu'il n'a pas trop d'ami « ohh ubghigh ara ad khaltagh l3ibad » « Non, je n'ai pas d'amis, je reste seul, des fois je connecte avec ma tablette ou bien je m'amuse avec des jeux, enfin je n'ai pas envie d'établir des relations, car je n'aime pas fréquenter trop les gens ».

À la fin de l'entretien notre sujet nous a confié une incertitude concernant son avenir, « hmmm dirith, chwiya...dirith ulac achu attkhedmedh...ur 3limagh ara » « non, mon avenir sera mauvais, je n'ai pas des projets à l'avenir, je ne veux plus rien... ».

## **Conclusion**

Enfin après la combinaison entre les résultats obtenus lors de l'entretien avec Hicham, on constate qu'il présente des symptômes de dépression tel (la fatigue, l'angoisse, tristesse, troubles de sommeil, perte d'appétit...) ce qui conduit à dire que le sujet présente une dépression liée à son hospitalisation.

### **C. Présentation de dessin de Hicham**

Hicham a réalisé un dessin de paysage, dont il représente un grand terrain sous forme d'un jardin qui a occupé le milieu de la feuille, avec une petite maison attachée par la même couleur au terrain qui presque touché le ciel, elle contient une seule fenêtre et une porte. On vue externe de la maison on trouve un arbre entre l'herbe, et entouré par des oiseaux, à côté droite une fleur bien coloré enraciné en plain terre, ainsi en tout haut le ciel et le soleil qui sont très proche de la maison. Aussi, sa production ne contient aucun personnage, sauf des traits sous forme des oiseaux en plein air. Encours, notre sujet s'intéresse beaucoup à la couleur « marron », dont il a teinté presque toute sa production avec, comme le terrain, la maison, le tronc de l'arbre et les oiseaux. C'est un thème très fréquent, choisi d'une manière spontanée par les enfants. Hicham utilise des traits qui sont très faibles, il a teinté son dessin avec des couleurs chaudes et froides (marron, vert, rouge, jaune, bleu et violet). Donc, son dessin est classé comme propre, bon coloriage, pas de rature et d'effacement.

### **D. Interprétation de dessin libre du cas N°4**

Lors la passation de dessin libre avec Hicham, au premier contacte s'est présenté d'un air triste, inhibé, marqué par une froideur avec une grande inquiétude au début, mais après un renforcement et des encouragements de notre part, le sujet est devenu calme, comme il a accepté de dessiner, et selon G. Cognet « lorsque l'enfant accepte de dessiner, on peut aussi analysé sa production à mesure de la clinique dépressive. Tout d'abord sur le plan formel ; dessin restreint, inanimé, et sans personnages, réalisés avec des couleurs sombres. Ces genres des thèmes font référence à la perte aux difficultés de toutes sortes dont scolaires ».

D'après l'analyse de dessin selon le modèle de F. Dolto. On remarque que les bases de dessin ne sont pas tracées, qui révèlent que notre sujet ne prend pas des racines sur quelque chose de solide et de réel dans la vie. Il y a une scission dans la personnalité du sujet, parce que son dessin n'est pas sur le même plan. Aussi la grandeur de dessin nous montre que le sujet est n'est pas sur de lui-même, il ose de s'exprimer comme il fuit une partie de lui-même. Hicham ne vit pas une réalité et avec une certaine harmonie avec le monde ambiant, car sa production n'a pas un cadre délimité. Ainsi, le dessin de notre sujet est réalisé sans aucun personnage avec une absence constante, ce qui veut dire que Hicham ne participe pas au monde des humaines ou il vit en lui-même.

Sur le plan graphique, on constate que les traits sont très faibles, qui révèlent une circonstance de timidité, et de l'inquiétude, autrement dit Hicham veut s'assurer de soi, ou bien encore il veut exprimer un désir de s'affirmer et d'être. D'après le coloriage de notre sujet, on remarque que ses teintes et bien foncés (bleu, rouge, jaune, orange et surtout le marron), ses couleurs sombres nous renseignent sur la tonalité affective du sujet, qui correspond généralement à un état dépressif avec une humeur moins morose. L'absence d'animal dans le dessin de Hicham reflète des instincts qui ne sont pas trop violents, le sujet révèle la timidité et l'inquiétude. (Voire l'annexe).

Marron : qui révèle souvent une humeur dépressive.

### **Synthèse de cas**

Pour conclure, dans l'analyse de l'entretien, on a remarqué que Hicham présente des plusieurs symptômes de dépression, comme (la fatigue, l'angoisse, tristesse, troubles de sommeil, perte d'appétit...) ce qui conduit à dire que le sujet présente une dépression liée à son hospitalisation.

Et d'après l'analyse de dessin libre résulte de quelque signe de la dépression telle qu'une baisse d'estime de soi, état dépressif, humeur moins morose, la timidité et l'inquiétude, humeur dépressive. On a constaté que Hicham, présente des symptômes tels que (la dévalorisation, pessimisme, perte d'intérêt, pleur, la fatigue, insomnie).

**Cas N°« 5 » : Salma****A. Présentation du cas**

Salma est une fille âgée de (9) ans, elle est une cadette d'une fratrie de trois enfants. Elle est issue d'une famille d'un niveau socioéconomique est moyenne, ou son père est retraité et sa maman femme au foyer, demeurant à Oued Ghir (Bejaia). Salma est née à terme, d'une grossesse indésirable et inattendue. Quant au développement psychomoteur, elle a franchi ses premiers stades de développement dans des conditions qualifiées de normales. Selma prend soin d'elle-même, vu que sa maman est malade. Salma scolarisée en deuxième année primaire, et elle est en échec scolaire, elle rechute chaque année dans ses études selon elle, la cause est le manque de soutien et d'aide. Elle est hospitalisée pour une maladie d'infection urinaire sur diverticule vésicule, au sein de service pédiatrique de CHU, d'une période de plus de deux mois, vu à l'instabilité de son état de santé. D'après les résultats du bilan médical, le médecin traitant a constaté l'absence des facteurs héréditaires.

**B. Résumé et analyse de l'entretien**

Au cours de l'entretien, le sujet s'est présenté avec une forte timidité, stable, calme et d'un air triste. Avec un discours restreint, le contacte a été possible marqué par une froideur au début de l'entretien, mais après avoir un renforcement et des encouragements de notre part a fin d'enrichir et d'atteindre l'objectif de notre recherche, Salma est devenu calme, puis un climat de stabilité et de réassurance est installé.

Une difficulté de vivre avec sa maladie a été exprimée par la jeune fille « lehlak agi chwiya kan ur ye3jib ara » « je ne peux pas marcher et sortir comme avant, je suis toujours faible et allongé toute la journée, sans aller à l'école ». Durant tout l'entretien, on a constaté chez Salma une tristesse à travers ses mimiques, ses gestes et ses paroles : « quand je me rappelle que je reste encore ici, je me sens tout le temps triste ». Ainsi, elle souffre plusieurs fois de l'isolement « ttedhigh thama-nsen », « ma maladie me fait honte devant mes amis, car ils rient de moi, c'est pour ça que je reste seul au lieu d'être avec mes camarades ». On remarque l'évitement et l'isolement, car elle se dévalorise par rapport à ses camarades.

Selon les dires de sa mère, l'étiologie d'apparition de la maladie remonte quand Salma avait (3) ans « à l'époque nous avons des problèmes remarquables au sein de la famille, au même je n'ai pas envie d'être enceinte par Salma, et je pense que c'est le choc de notre agressivité quotidienne qu'elle a subi cette maladie » elle ajoute, « même moi je suis malade d'une dépression, et je traite chez une psychologue », elle confirme aussi, pour Salma « c'est seul l'hospitalisation qu'est à des bons résultats efficaces pour la santé de ma fille, car le traitement se trouve ici ». Encore, ce qui concerne la conception de l'hôpital pour Salma, notre sujet exprime que « dirith lhal » « j'ai été hospitalisé deux fois d'une période de (15) jours, c'est un milieu de dégoût, je le déteste ».

D'après les réponses de Salma à nos questions sur ses relations familiales, on a remarqué que l'aspect relationnel relativement perturbé, et qu'elle vit une situation triste causée par l'instabilité vécue au sein de la famille « akham-negh chwiya kan, l3aqliya machi kif kif » « on vit dans une maison pleine de problèmes, aussi ma mère ne s'occupe pas de nous, par ce qu'elle est toujours malade... par contre, ma relation avec mon père est distante, il ne fait rien pour moi ». Donc Salma souffre d'un manque de soutien et d'affection familiale.

Aussi durant l'entretien et quand on lui a abordé la soutenance pendant la période d'hospitalisation, elle nous a avéré qu'elle a des amies qui lui rendent visite chez elle, et quelle se sent heureuse ou même temps malheureuse de les voir « ferhagh ma then-zeragh, besseh ttedhigh » « quand mes amies viennent me rendre visite je me sens heureuse et malheureuse, car eux ils ont sein, mais moi non, silence, après elle reprend à cause de ma maladie bien sûr ».

Salma annonce qu'elle a des troubles de sommeil et également des troubles de l'appétit en nous disant « mon médecin m'a prescrit des médicaments, car dès fois le soir je n'arrive pas à dormir ... ». Aussi « uythett3ajab ara lmakla, chwiya kan, diritt » « Je ne mange même pas, j'ai perdu l'appétit ... n'y a rien de spécial dans les repas, ils sont mal préparés ». Comme elle a signalé aussi un désespoir et une faiblesse immense « je n'ai pas assez d'énergie pour compléter mes tâches ».

Une vision pessimiste de l'avenir est constatée chez Salma, avec une rigidité de l'expression et une incertitude totale « wissen ur 3limagh ara » « je n'en sais pas ».



## **Conclusion**

On remarque un certain découragement chez notre sujet de recherche, vis-à-vis de sa situation et ses réponses obtenues durant l'entretien, et après l'analyse de ce dernier on a constaté que Salma développe quelques signes d'une dépression engendrée par l'hospitalisation comme (la fatigue, tristesse, faible estime de soi, hypersomnie, idées noires, pleur, et les sentiments de désespoir, l'isolement,) qui rend sa vie plus compliquer chaque jour, et qu'elle vit dans des difficultés immenses.

### **C. Présentation de dessin de Salma**

Salma réalisé un dessin sous forme d'un paysage maritime qui contient de la mer avec trois poissons, les oiseaux en haut, et à droite le soleil, et une grande distance entre la mer et le ciel, Ce dernier n'est pas mentionner.

Les bases de dessins ne sont pas tracées, elles sont sur les mêmes plans avec un cadre délimité. Le dessin ne contient aucun personnage, les traits de la scène son moins fore, Salma utilise les couleurs chaude et froide (bleu, marron, jaune et orange). Donc, son dessin est propre, pas de rature, mais avec un peut de gommage.

### **D. Interprétation de dessin libre du cas N°5**

La première manifestation lors de notre demande pour qu'elle dessine, exprimé par son refus du dessin « c'est nul », qui renvoie souvent à un désespoir se qui dévoile son aucun intérêt de vivre. Salma relie son dessin pauvre des bases de données qui indique l'inhibition d'expression. Cette jeune fille âgée de 9 ans, présente une grande désorganisation psychique. Elle pleure très souvent à la maison comme à l'école et ne peut réussir à s'investir dans les apprentissages scolaires.

D'après l'analyse de dessin selon le modèle de F. Dolto. On remarque que notre sujet ne prend pas des racines sur quelque chose de solide et de réel dans la vie. Il y a une scission dans la personnalité. Salma vit une réalité et une certaine harmonie avec le monde ambiant. La grandeur du dessin indique dans l'espace vaste qu'elle a laissé entre le ciel et la mer qui renvois qu'elle n'est pas sur d'elle-même et ose d'exprimer.

Notre jeune fille ne participe plus au monde des humains. La représentation des animaux (poissons) donne une agressivité légère.

Enfin, Salma, révèle selon les circonstances la timidité, l'inquiétude, et bien encore un désir de s'affirmer et d'être. Par rapport aux couleurs qu'elle a utilisées, renseigne sur la tonalité affective de sujet. Elle a associé les couleurs qui donnent une tristesse et de la violence de sa part. (Voire l'annexe).

## **Synthèse de cas**

En guise de conclusion de l'entretien qui c'est manifester de quelques signes qui sont : la fatigue, tristesse, faible estime de soi, hypersomnie, idées noires, pleur, et les sentiments de désespoir, l'isolement, culpabilité) qui rend sa vie plus compliquer chaque jour, et qu'elle vit dans des difficultés immenses.

Suite à l'analyse des résultats de dessin libre, aussi donne une forte manifestation sur sa situation à l'hôpital comme la rigidité suite à un manque d'expression, la timidité, l'inquiétude, l'agressivité de sa part et bien encore un désir de s'affirmer et d'être. On peut dire que Salma souffre d'une dépression provoquée par son hospitalisation. Ce qui a développé chez elle une dépression très inquiétante pour sa famille.

## **Cas N°« 6 » : Yoba**

### **A. Présentation du cas**

Yoba est un garçon gé de (10) ans, il est le troisième d'une fratrie de trois enfants, dont il est le dernier. Il vie dans son foyer familial avec sa petite famille, d'un niveau socioéconomique est moyen, dont son père est décidé suite à un accident de travail, et sa mère femme de ménage dans société privée. Il demeure à El kseur (Bejaia). Selon la mère le déroulement de l'accouchement de Yoba était avec une césarienne. Il naît à terme, d'une grossesse désirée et attendue. Quant son développement psychomoteur, il franchit ses premiers stades de développement dans des conditions qualifiés de normales. Contrairement au développement psychologique, il possède un mauvais niveau de compréhension. Yoba mène une scolarisation dite normale, avec des résultats moyens à (6 /10 de moyennes). Il est hospitalisé dans le but d'assuré

l'homéostasie de son corps, pour une maladie de Bi cytopénie sur hépatopathie, au sein de service pédiatrique de (CHU), d'une période d'un mois et demi.

### **B. Résumé et analyse de l'entretien**

Au début de notre entretien avec Yoba, au premier contacte, il s'est montré inquiet inhibé, accompagné d'une mauvaise humeur et passive, selon l'observation on a remarqué que Yoba est vraiment triste, et fatigué il n'arrive même pas à parlé, on a mis 5 minutes pour le faire parler et pour qu'il puisse dire le premier mot, il ne veut rien savoir ou entendre.

Durant l'entretien, Yoba a exprimé des moments de silence et d'évitement du discours. Mais les résistances ont été levées on abordant son attitude envers sa maladie, il répond « diritt, ur 3limagh ara akk amek iy-dessa » « c'est une maladie méchante, j'ai rien compris comment j'ai atteint ce type de maladie ». Cela peut s'expliquer par la mauvaise compréhension de sa maladie, ainsi il l'exige.

D'après les réponses obtenues aux questions sur l'hospitalisation, notre sujet relate « mid kechma-gh gghadha-gh,thura chwiya » « suite à mon hospitalisation j'ai été peur, maintenant un peu », comme il nous a décrit ses journées quotidiennes en expliquant qu'il vit dans une situation de tristesse « dirith lhal dagi, 3yigh mlih, bghigh ad ruhegh axxam-negh », « je n'ai jamais imaginé d'entrer à l'hôpital un jour, vraiment c'est un milieu de dégoût, je veux sortir d'ici. » tout ça est causé par les injections régulières, le régime strict ...etc. Ce qui explique qu'il se dévalorise, il se voit pas comme les autres, aussi il trouve des difficultés de vivre dans l'hôpital. Il rajoute « ur zmiregh ara ad-cegh, uy the3gib ara » « je ne mange pas, les repas me plait pas ». Cela explique qu'il a perdu de l'appétit ». Concernant son sommeil « ur gannagh ara mlih la3cha » « je ne dors pas bien, à cause des ordeurs, il ya trop de dérangement ici ».

Yoba a exprimé une bonne entente avec sa mère, en abordant les questions relatives à ses relations familiales, « maman m'aime bien, elle prend soin de moi, elle s'inquiète pour moi, et fait tout ce que je veux... ». Cela explique que Yoba ne manque pas d'affection maternelle. Il a évité de parler de son père, il nous informe

qu'il ne le connaît pas bien « mon père est mort, je me souviens pas de lui ». Ce qui démontre qu'il ressent un manque de soutien familial.

Quand ont lui abordé le sujet de l'amitié, Yoba nous a déclaré qu'il n'a pas trop d'amis « J'ai une seule amie et je n'aime pas fréquenter trop les gens, je reste seul ». Notre sujet ne désire plus participer aux activités de groupe « je n'ai aucun plaisir, aucune énergie pour compléter mes tâches ». Donc, il présente un grand dégoût dans l'hôpital.

Une vision pessimiste de l'avenir est constatée chez Yoba, avec une incertitude totale, « ur 3limagh ara », « je n'en sais rien ». On remarque une évaluation négative de soi.

## **Conclusion**

D'après l'analyse de contenu de l'entretien avec Yoba, on a constaté qu'il développe une dépression engendrée par l'hospitalisation, cette dernière a rendu sa vie plus compliquée, et qu'il vit dans des difficultés immenses, ainsi que les réponses de l'entretien montre qu'il souffre d'une dépression présentée par les symptômes suivants : la tristesse, la fatigue, perte de plaisir, perte de l'appétit, aussi le dégoût et la peur.

### **C. Présentation de dessin de Yoba**

Lorsque Yoba décrit son dessin, il relate que ce garçon devant le drapeau est moi à l'école, au coté droite il ya une fleure et en bas notre poule de maison. En tout haut un chien qui appartient à mon grand frère. Il a terminé son dessin avec un infirmier, qu'est d'après lui son médecin traitant. Donc, son dessin contient des différents personnages, sauf une fleure qu'est en plein air, aussi son dessin n'est pas propre, car il y a de ratures et de gommage. Encore les bases de dessin ne sont pas tracées, comme il n'a pas utilisé toute la page.

### **D. Interprétation de dessin libre du cas N°6**

Yoba prend la feuille, un crayon et les couleurs avec froideur, un petit grimasse sur son visage se qui nos donne un repli sur soi, un corps lâcher qui prouve une souffrance suite a sa situation « je n'arrive pas a dessiné se que je veux ». Yoba, d'après notre encouragement, enfin il a souri et commence à dessiner.

Dans le dessin de Yoba, on remarque qu'il a réalisé une production confuse à plusieurs titres ; il repasse sur ses premiers tracés, en ajoutant des éléments qui n'ont aucun rapport les uns avec les autres. Il donne l'impression d'avoir accompli plusieurs desseins différents. Et même son discours qui accompagne le dessin est aussi très confus : « c'est moi à l'école, et un chien. Un coq dans le jardin avec une fleur, un médecin ». Avec un sentiment d'avoir raté « c'est mal fait ».

Selon l'analyse de dessin libre de F. Dolto, on a interprété celui-ci de Yoba que notre petit patient prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie parce que les bas de dessin sont tracés. Mais elles ne sont pas sur les mêmes plans et il n'a pas un cadre délimité. Se qui prouve dans se deuxième et troisième composition d'analyse qu'il n'a pas une scission dans la personnalité de sujet et il ne vit pas dans la réalité et dans une certaine harmonie avec le monde ambiant. On trouve que Yoba, est sur de lui, n'ose pas de s'exprimer. Aussi, il traduire une agressivité par rapport, aux animaux dessinés.

Les traits utilisés par Yoba sont faibles, qui révèle une circonstance de timidité, et de l'inquiétude apparait dans son discours, « je veux sortir de l'hôpital et reprendre mes études et sortir avec mes amis », qui veut dire que Yoba prend des racines sur quelque chose de solide et de réel dans sa vie. Et ce qui concerne les couleurs utilisées sont claires, ils nous renseignent sur l'affectivité de sujet. (Voire l'annexe).

### **Synthèse de cas**

D'après l'analyse de l'entretien, on sort des résultats suivants : la tristesse, la fatigue, perte de plaisir, perte de l'appétit, aussi le dégoût et la peur. Et d'après

l'analyse du dessin libre qui explique par 'agressivité, la timidité, un repli sur soi, l'inquiétude, il ne vit pas dans la réalité et une certaine harmonie avec le monde ambiant.

On constaté que Yoba développe une dépression engendrée par l'acte d'hospitalisation commis par sa maladie, qui rend sa vie plus compliquer chaque jour, et qu'il vit dans des difficultés immenses. On peut conclure pour dire que Yoba souffre d'une dépression accompagner par des déférents symptômes tels que la tristesse, la fatigue, le pessimisme, et surtout la perte d'intérêt.

# **DISCUSSION DES HYPOTHÈSES**

### **Discussion des hypothèses**

Durant cette étude, on a tenté de dévoiler une vraie réalité sur la dépression chez l'enfant. Les résultats de notre recherche ont révélé que l'enfant hospitalisé souffre d'une dépression suite aux plusieurs évènements et aux longues durées d'hospitalisation comme la séparation de l'entourage, de l'école et surtout familiale qu'il a subie.

On a comparait nos résultats obtenus dans l'entretien et l'analyse de dessin libre de F. Dolto par rapport aux explications présenter dans le CIM10 et chez quelques auteurs qu'ils nous ont défini que toute manifestation de ses signes chez une personne peut atteindre une dépression dans sa vie quotidienne.

Quand on utilise les critères des classifications internationales de la dépression pour l'enfant, les enquêtes épidémiologiques retrouvent toutes des prévalences oscillant entre 0,5 et 1% avant la puberté (B. Birmaher et col. 1996). Tout en étant nettement inférieure à ce qu'on observe chez l'adolescent ou l'adulte, une telle prévalence n'est pas négligeable et confirme l'expérience de tout clinicien : la dépression n'est pas seulement un modèle théorique du développement normal ou pathologique (D. Marcelli, 1999), c'est aussi une réalité clinique avec laquelle il faut savoir compter.

Toutefois, pour l'identifier correctement, encore faut-il accepter de ne pas s'en tenir à une lecture trop académique de ces classifications et faire preuve d'un minimum d'empathie envers l'enfant et ses modes d'expression en fonction de son âge. C'est ce que nous avons proposé au cours de la conférence de consensus sur « la dépression chez l'enfant » (D. Marcelli, 1997) et que nous reprendrons largement ici. Cependant, s'il semble exister un relatif consensus sur la sémiologie de l'épisode dépressif, les questions restent ouvertes sur celle de la « maladie dépressive » ou de la « maladie dysthymique » ou encore de la « maladie bipolaire ». Cette opposition conduit à s'interroger sur la place qu'occupe un éventuel état dépressif durable dans le cours du développement et de la maturation d'un enfant et sur les stratégies de lutte contre cette dépression à travers les mécanismes de défense. C'est dans une telle perspective que, d'un strict point de vue descriptif, on a pu assister à une multiplication et à une accumulation de symptômes comme témoins possible d'une maladie dépressive : presque toute la sémiologie de l'enfant a ainsi pu être rattachée à la dépression, les



auteurs proposant des listes de symptômes particulièrement longues (Dugas et Mouren, 1980 ; Hersberg et coll., 1982 ; Achenback et coll., 1987 ; Angold et coll., 1988). Le problème de la spécificité symptomatique resurgit de nos jours à travers la question de la comorbidité (Angold et Costello, 1993), particulièrement importante et hétérogène. Toutefois, la réalité clinique montre la pertinence de certains regroupements syndromiques, tel que l'« Épisode Dépressif Majeur ». Une « traduction » de cette sémiologie dans le langage de l'enfant, son mode expressif particulier ou les perceptions des parents et du clinicien apparaît cependant nécessaire pour que des concepts abstraits tels que « perte d'estime de soi », « Anhédonie », « Autodépréciation », prennent un véritable sens clinique. (Marcelli Daniel, 2003, p60).

De notre par, les résultats obtenus dans l'entretien chez ses enfants. Des symptômes qui décrivent clairement la dépression qui sont comme suite : faible d'estime de soi, dévalorisation de soi, perte d'intérêt, culpabilité, le dégoût, perte de plaisir, manque d'adaptation envers des nouvelles situations, la fatigue, pessimisme, désespoir, tristesse, idée noire, angoisse, hypersomnie et insomnie. Pour confirmer on a utilisé le teste de dessin libre, aussi dégagé quelque signe sur le motif de notre étude qui sont : humeur dépressive, isolement, un replie sur soi, état dépressive, le désir de s'affirmer et d'être, l'agressivité, la rigidité, manque d'expression, la carence imaginaire, la cohérence dans la personnalité, manque de racine sur quelque chose de solide et de réel, situation traumatisante, la timidité et l'inquiétude.

Notre groupe de recherche qui constitua de six cas souffre d'une dépression, et cela quelque soit leurs situations vécues à l'hôpital. L'enfant hospitalisé manifeste toujours des symptômes de la dépression : la tristesse, la peur, sentiment d'impuissance, perte d'intérêt, sentiment d'infériorité, comme on a révélé des situations traumatisantes chez Saber, ainsi que des idées noires comme chez Yoba, et des troubles somatiques tels que (la fatigue, l'insomnie, l'angoisse), Faouzi souffre d'une dépression sévère, présentée par les symptômes tels que : ( le dévalorisation, pessimisme, perte d'intérêt, peur, la fatigue), Manis souffre d'une dépression sévère, présenté par les symptômes suivant : (le pessimisme, perte d'intérêt, insomnie, perte de plaisir, perte de l'appétit, et idées noires).Saber souffre d'une dépression a un degré

plus au moins modéré ,développer par l'acte traumatisante qu'il a subi, ce qui est influe sur sa vie psychique et qui appuie sa dépression, Hicham souffre d'une dépression modérée accompagner par des symptômes tels que la tristesse, la fatigue, tristesse, insomnie, pessimisme, perte de l'appétit et idées noires...etc. Salma souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : la tristesse, des pleurs, la fatigue, perte de plaisir, l'insomnie et aussi une perte d'intérêt. Yoba souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes tels que: le pessimisme, perte de plaisir, la fatigue, agitation, tristesse, l'insomnie ...etc. Tous ces symptômes portent atteinte au comportement de ces enfants hospitalisés.

À partir des résultats obtenus dans l'entretien et le dessin libre, on a remarqué clairement la relation entre l'hospitalisation et la dépression, c'est-à-dire que la dépression est entraînée par l'hospitalisation, cela montre qu'on a confirmé l'hypothèse qui implique que l'enfant hospitalisé développe une dépression.

Les enfants hospitalisés pour des motifs distincts, souffrent d'une dépression avec des degrés différents pour chaque cas, selon les résultats obtenus de l'entretien et de dessin libre, on a constaté que le cas le plus élevé est celui de Faouzi, Manis et Yoba ce qui implique chez eux une dépression sévère, et le cas le plus diminuer de la recherche est celui de cas Saber, qui donne une dépression modérée, ainsi le cas de Hicham et Salma implique une dépression sévère, et cela quelque soit les conditions présentées par chaque cas , des degrés de la dépression se variés d'un enfant hospitalisé a un autre. Bien que, le problème somatique qu'ils présentent vient de renforcer le drame de ces enfants, ce qui implique un déséquilibre psychique et qui cause une dépression plus au moins élevé, suite à un comportement de séparation qu'ils ont subie, tout ceci implique que les enfants hospitalisés peuvent atteindre une dépression à un degré plus au moins élevé.

Donc ce qu'on peu dégager de cette discussion que notre hypothèse est confirmée et cela, du aux résultats obtenus de dessin libre sur la dépression. Après une étude approfondie sur un groupe bien déterminé, qu'on généralise les résultats obtenus par notre recherche, ce qui mène à dire que la majorité des enfants hospitalisés développent une dépression, qui se diffère d'un cas à un autre.

# **CONCLUSION GÉNÉRALE**

### Conclusion

Cette recherche intitulée « la dépression chez les enfants hospitalisés » qu'on a réalisé au sein du Centre Hospitalo-Universitaire de Bejaia (CHU). Nous a permis de constater l'influence de la dépression sur l'enfant hospitalisé. Ainsi que l'importance du soutien familial sur leur santé mentale et physique chez ces petits.

L'application de dessin libre, et de l'entretien clinique, nous a permis distinguer la dépression chez ces sujets. Grâce a ces techniques, on a pu déduire que l'hospitalisation chez ces enfants peut être un facteur qui contribue à atteindre une dépression.

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

On peut dire que même si le groupe de recherche pris dans notre travail est restreints, les résultats obtenus confirment notre hypothèse et infirment d'autres. On a constaté l'existence d'un lien fort entre la dépression et l'hospitalisation chez les enfants, c'est-à-dire dans la quasi-totalité des cas des enfants hospitalisés étudiés souffrent d'une dépression, par conséquent ça nous suscite a élargir la recherche sur les causes d'atteindre de la dépression chez les enfants hospitalisés jusqu'on arrive même a faire un pronostique et ensuite une proposition préventive ou thérapeutique ou une aide psychologique.

À partir de notre travail, nous sommes arrivées à décrire la dépression chez les enfants hospitalisés. Mais plusieurs autres thèmes en reste ont étudié sur ces enfants. Une observation qui montre l'anxiété vécue chez les mamans des enfants hospitalisés pourra compléter nos résultats pour une bonne compréhension du vécu psychologique chez ces enfants ainsi leurs familles.

Donc, on peut conclure notre recherche par deux questions qui vas laisser d'autre chercheur dans ce domaine élargir l'enquête afin d'obtenir des résultats plus fiables est généralisable :

-Quels sont les stratégies de coping chez l'enfant hospitalisé pour dépasser cette dépression ?

-Quels sont les facteurs qui favorisent l'apparition de la dépression chez les enfants hospitalisés ?



**LA LISTE  
BIBLIOGRAPHIQUE**

## **La liste bibliographique**

### **Les ouvrages**

- 1- Angers. M, (1997), initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Paris, Dunot.
- 2- Berube, L, (1991), Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, Éditions de la Chenelière
- 3- Besançon, G. all, (2005), Manuel de psychopathologie, Paris, Dunot.
- 4- Catherine, G, (2005), Comprendre l'enfant malade Du traumatisme à la restauration psychique, Paris, Dunod.
- 5- Catherine. G. michèle, (2008), Introduction à la psychologie du développement, 3edit, Paris, Dunod.
- 6- Chahraoui. KH et Bénony. B, (1999), «L'entretien clinique, Paris, Dunod
- 7- Chahraoui KH et Bénony H, (2003), « Méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, Dunot
- 8- Cottraux. J, Bouvard. M, (1985). Méthodes .  
échéelles d'évaluation des comportements. France: EAP
- 9- Cottraux .J, (2006) Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression, 4eme édition, Masson.
- 10- Debray. Q, (2006), psychiatrie, syndrome et maladie, soin infirmier, Paris, Ed Masson.
- 11- Deniker. P. all, (1989), précis de psychiatrie, Clinique de l'adulte, Masson, Paris.
- 12- Georges .Colgnet, (2011), comprendre et interpréter les dessins d'enfants, Paris, Dunod.
- 13- Godefroid. J, (2001), psychologie, Bruxelles, deboeck.
- 14- Godfryd. M, (1994), Les maladies Mentales de l'adulte, Paris, Puf.

- 15- Gustave-Nicolas. F, (2008), L'expérience du malade, épreuve intime, paris,Dunod.
- 16- Kacha. F, psychiatrie te psychopathologie médicale, 2<sup>ème</sup> Edition, Alger, entreprise nationale de livre.
- 17- Kleftaras. G, (2004), Dépression approche cognitive et comportementale, Paris,L'Harmattan.
- 18- Michael Heisenberg, (2001), Etudiants du secteur sociale, psychologie de l'enfant et de l'adolescent, librairie Vuibert, paris.
- 19- N-B.Breck et J-V. Rillaer, (2012), l'accompagnement psychologique des enfants malades, Odile Jacob, paris.
- 20- Osvaldo. S (1977), l'evolution de la pensée en matière de developpement. exposé général; in : l'evolution de la pensée sur le developpement, Bulletin de liaison de l'OCDE, N° 1.
- 21- Pedinieli.J, (2005), les états dépressifs, Armand colin.
- 22- Peddinilli. J .K, (1994), L'initiation à la psychologie Clinique, Paris, Nathan.
- 23- Pewzner. E, (2000), introduction a la psychopathologie de l'adulte, paris, Armand colin.
- 24- Ranchlin. M, (2002), les méthodes en psychologie, paris, 12<sup>ème</sup> presses universitaires.
- 25-Robertson J., (1972), Jeunes enfants à l'hôpital, Edition du centurion : Parisa
- 26- ,Trobinini et Baldoni (2005), Psychosomatique, In Press, Paris
- 27- Theofanidis. D, (2008) chronic illness in childhood: psychosocial adaptation nursing support for the child and family, health science journal.

### **Les theses et Memoires**

- 28- ,Daniele sommelet, (2006), L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société une priorité du système de santé, paris.
- 29- Margerie. G, (2013), L'enfant et la maladie chronique : Un défi infirmier, Haute Ecole de Santé Vaud, Filière Soins infirmiers, Haut école spécialisée de suisse occidentale.

- 30- Cécile. C. R, (2000-2003), le stress des parents d'enfants hospitalisés, institue de formation en soin infirmiers.
- 31- Laurence. Ha, (2007), Témoignage de parents qui accompagnent un enfant hospitalisé lors d'un épisode de soins aigus : groupe de partage, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**Les revus**

- 32- Maya. Naja, « L'expérience de service vécue par les enfants hospitalisés », IUT de Rouen, IAE Caen-Basse Normandie
- 33- CEMEA, « Psychologie de développement de l'enfant », Les dossiers de l'Infop, -Pays de la Loire
- 34- Worldhealth organization, (1998), Whoqol "instructions, Division of MentalHealth and prevention of substance abuse", Geneva.
- 35- I.C.I.S, Analyse en bref, (2009), « Le lien entre le statut socioéconomique et l'hospitalisation pour une dépression », canada.
- 36- Marcelli Daniel, « Dépression de l'enfant, Psychologie clinique et projective », 2003/1 n° 9, p. 59-78. DOI : 10.3917/pcp.009.0059
- 37- Golse Bernard, « Bébés, enfants et adolescents dépressifs. Continuités et discontinuités », Psychologie clinique et projective, 2008/1 n° 14, p. 9-31. DOI : 10.3917/pcp.014.0009

**Les dictionnaires:**

- 38- Encyclopedia multimedia, (2006), Larousse medical.
- 39- Dictionnaire multimédia, (2010), Le petit Larousse.
- 40- J. Quevauvilliers, (1995), Le dictionnaire médical, 6<sup>eme</sup> édit, Paris, Masson.
- 41- Henriette Bloch, Roland Chemama, (1999), Le grand dictionnaire de la psychologie, Paris, édit Larousse



- 42- Chemama (r), vandermersch (b), (2003), Dictionnaire de la psychanalyse, Paris, Larousse/ vuef.
- 43- Hospitalisation, Microsoft ® Dico encarta®, 2009, Microsoft Corporation, 2008
- 44- Yves et cool, (2006), Larousse médicale, Edition originale.

### **Les manuels**

- 45- D S M – IV – TR, (1996), Manuel diagnostiques et statistique des troubles mentaux, paris, Masson.
- 46- Hélène R-D, Claire S-M, Nathalie O-R, Psychologie du développement Enfance et adolescence, Donud.

### **Site internet**

- 47- [http:// Encyclopédie Larousse en ligne - hospitalisation.html](http://Encyclopédie Larousse en ligne - hospitalisation.html). (consulté le 25.05.2012 à 17 :16).
- 48- [http://La Définition de l'Enfant – Article n°01 - \(2-2\) - La Définition de l'Enfant 2\\_2 - CyberDodo.html](http://La Définition de l'Enfant – Article n°01 - (2-2) - La Définition de l'Enfant 2_2 - CyberDodo.html). (consulté le 25.05.2015 à 17 :03).
- 49- [http://sante-medecine.comment ca marche. Pierrick Horde "Définition de l'Hospitalisation"](http://sante-medecine.comment ca marche. Pierrick Horde \). (consulté le 21.05.2015 à 15 :06)

**LES**

**ANNEXES**

# **Annexes**

-A-

Le guide d'entretien

# Le guide d'entretien

- 1- Nom
- 2- Prénom
- 3- Age
- 4- Niveau de scolarisation

## **Axe I : Maladie et hospitalisation**

- 1- De quoi vous êtes malade ?
- 2- Sa remonte à quand votre maladie ?
- 3- Avez-vous été déjà hospitalisé ?
- 4- Que ce que représente pour vous l'hôpital ?
- 5- Vos comportements ont-ils changé dans l'hôpital ?
- 6- Avez-vous pensé auparavant être hospitalisé ?

## **Axe II: les conséquences (diminuer les ressources)**

- 1- Parlez moi des personnes qui vont rendre visite habituellement ?
- 2- Êtes-vous soutenu par quelqu'un ? Si oui Par qui ?
- 3- Que pensez-vous du soutien qui vous ait offert par vos proches ?
- 4- Cette situation a-t-elle des conséquences sur votre relation familiale ?
- 5- Quel est la réaction de vos proches ?
- 6- Pouvez-vous nous parler sur vos pratiques de loisir avant votre hospitalisation ?
- 7- Est-ce que vous avez assez d'énergie pour compléter vos tâches ?

## **Axe III : La dépression, l'objectif est de recueillir les symptômes de la dépression chez les enfants hospitalisés.**

- 1- Comment sentez-vous avec cette maladie ?
- 2- Est-ce que vous avez peur de cette maladie ?
- 3- Quels étaient vos sentiments suite à votre hospitalisation ?
- 4- Est-ce que vous mangez bien ?
- 5- Parlez moi de votre sommeil ?
- 6- Sentez-vous fatiguée et triste ?
- 7- Est-ce que vous avez le plaisir pour les activités habituelles ?
- 8- Avez-vous établi des relations avec les autres enfants ?
- 9- Quelle est votre vision pour l'avenir ?

## **Annexes**

**-B-**

Les dessins libres de notre groupe de recherche

## Les dessins libres

Cas N° 1 : Faouzi



## Les dessins libres

Cas N° 2 : Manis



## Les dessins libres

Cas N° 3 Saber





## Les dessins libres

Cas N° 4 Hicham



## Les dessins libres

Cas N ° 5 Salma



## Les dessins libres

Cas N° 6 Yoba



# **Annexes**

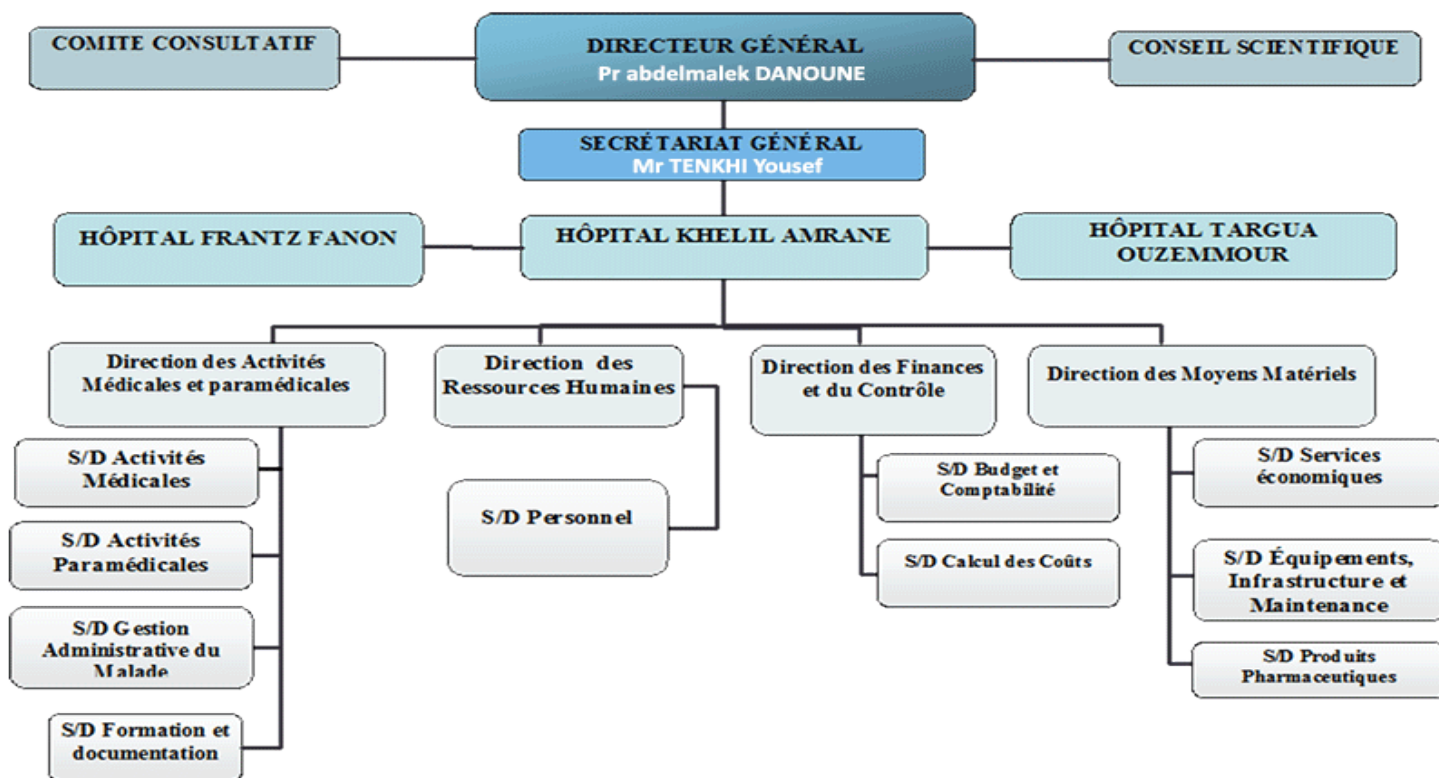
-C-

L'organigramme

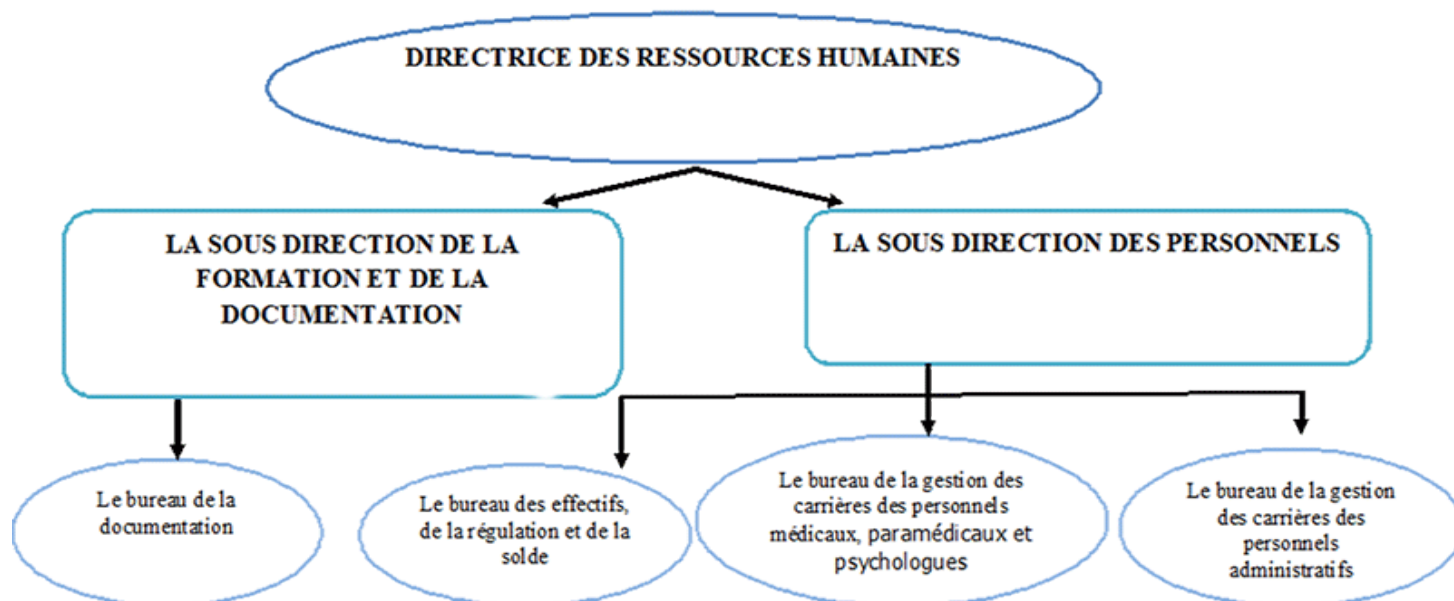
Du CHU

# ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAIA

## ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAIA



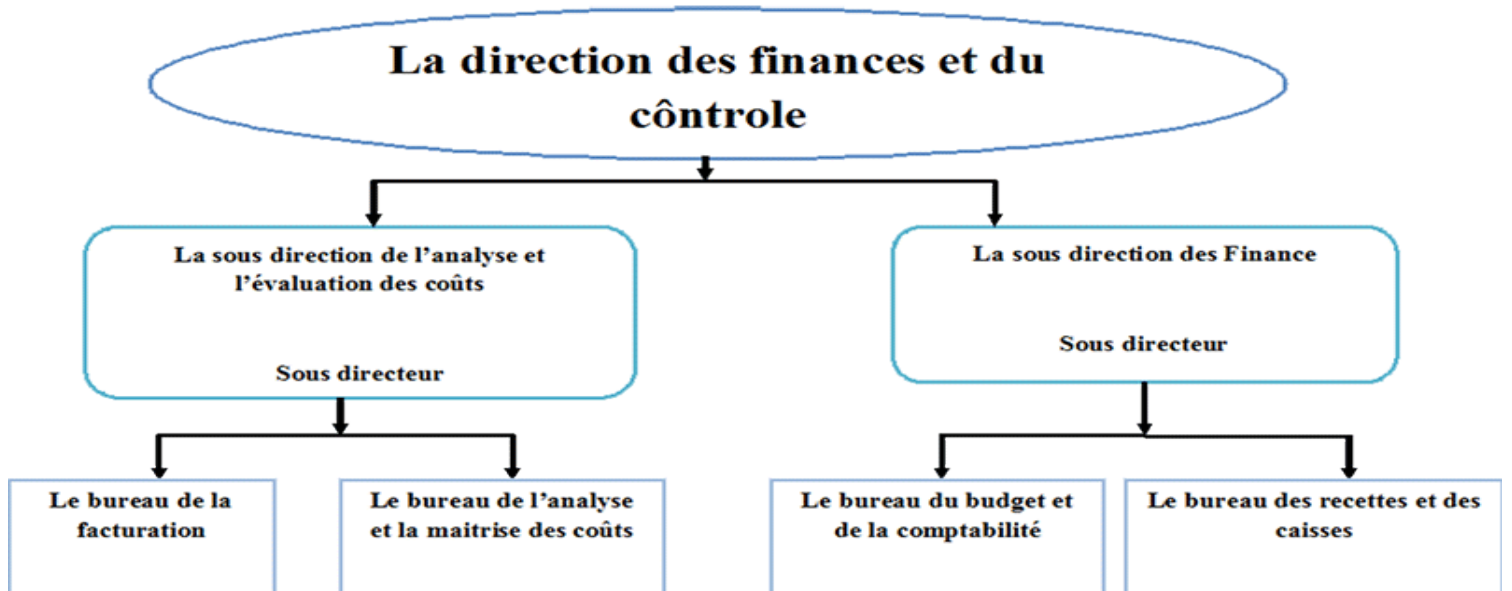
## ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES



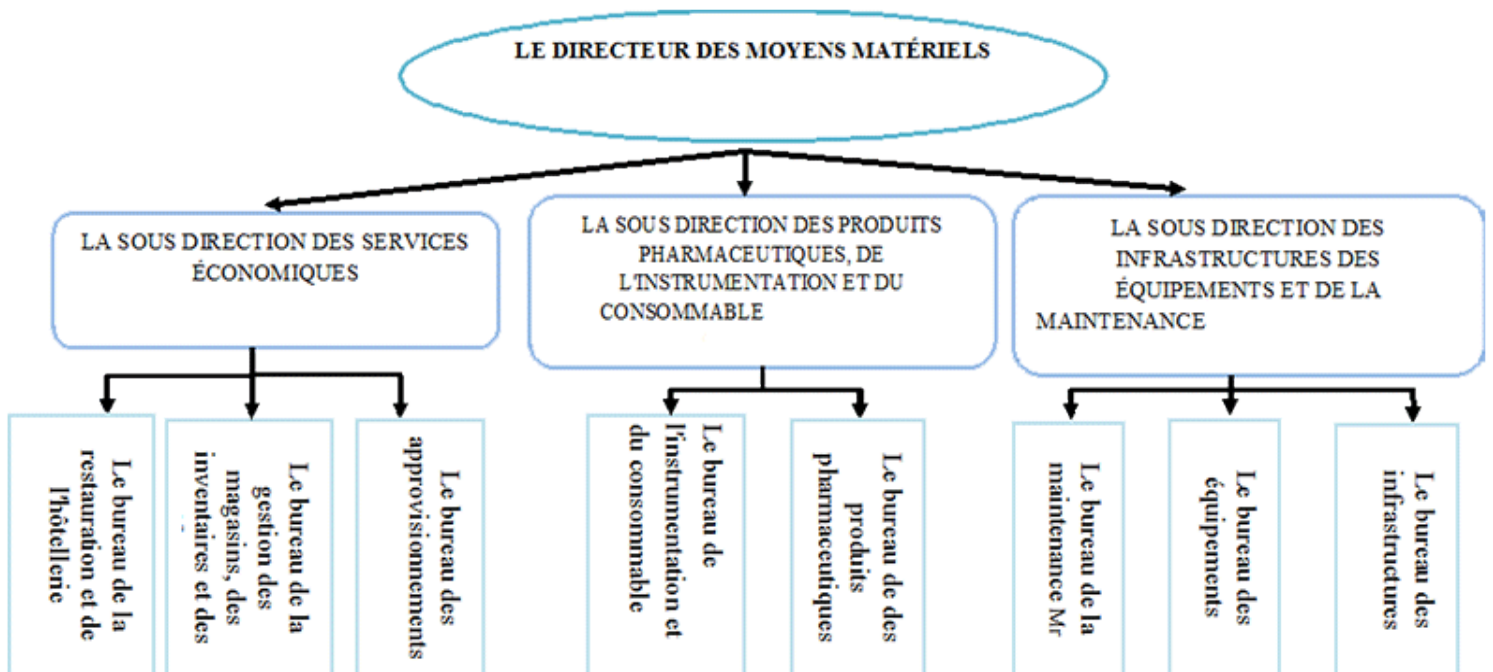


# ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAIA

## ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES FINANCES ET DU CONTROLE



## ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES MOYENS MATÉRIELS



# ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAIA

## ORGANIGRAMME DU CHU DE BEJAÏA

